



Osakidetza
Servicio vasco de salud



BASURTUKO OSPITALEA
HOSPITAL DE BASURTO

REGLAMENTO DE USO DE LA HISTORIA CLÍNICA

ÍNDICE

❖ INTRODUCCIÓN	3
❖ CAPÍTULO 1 – NORMAS GENERALES	4
❖ CAPÍTULO 2.- IDENTIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	7
❖ CAPÍTULO 3 – ESTRUCTURA, ORDEN Y CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA	9
❖ CAPÍTULO 4 – CONFECCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	28
❖ CAPÍTULO 5 – ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	31
❖ CAPÍTULO 6 –CONSERVACIÓN, RESPONSABILIDADES Y UTILIZACIÓN 33 DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS	
❖ ANEXO: NORMATIVA REFERENTE A SOLICITUD, LOCALIZACIÓN Y MANEJO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS	35

INTRODUCCIÓN

La Historia clínica es el conjunto documental que se crea para recoger la información generada durante la asistencia sanitaria a un paciente y que puede registrarse en diferentes soportes tales como papel, registros gráficos, radiografías, soportes magnéticos, ópticos u otros.

La función principal de la Historia Clínica es de orden asistencial. Es el medio básico que posibilita la correcta comunicación y la actuación eficaz de los miembros de los diferentes equipos asistenciales que puedan intervenir en el cuidado de cada uno de los pacientes.

Existen además otras posibles actividades para las que es necesario el uso de parte o de toda la información contenida en la Historia Clínica. Tal es el caso de la investigación clínica, la docencia, la gestión de los recursos sanitarios, la evaluación de la calidad de las prestaciones asistenciales, actuaciones jurídicas, estadística sanitaria o la constitución de un fondo histórico documental.

El presente Reglamento tiene como objetivo regular los aspectos concernientes a la confección, conservación y responsabilidades en relación con la Historia Clínica.

Esta normativa es de obligado cumplimiento para cuantas personas, sea cual fuere su nivel profesional y su situación laboral respecto del Hospital, tengan acceso de una u otra manera al uso o manejo de las Historias Clínicas de nuestro centro.

Capítulo 1.- NORMAS GENERALES

1. El uso de la Historia Clínica en los Hospitales de la Comunidad Autónoma del País Vasco así como su contenido, conservación y expurgo, está regulado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y por los Decretos 272/1986 y 45/1998 del Boletín Oficial del País Vasco.
2. Se considera, en nuestro Hospital, como integrantes de la Historia Clínica a:
 - Las hojas reconocidas específicamente como tal en la presente normativa.
 - Los documentos radiológicos o fotográficos obtenidos del paciente o de las hojas señaladas como específicas de la Historia Clínica.
 - Los registros en soportes informáticos, o sobre cualquier otro soporte, de datos asistenciales procedentes de los pacientes.
3. Los soportes de información de las Historias Clínicas del Hospital de Basurto tienen la consideración de documentos oficiales del Centro y se adaptarán, por tanto, a los Decretos al respecto aprobados por el Departamento de Sanidad y mencionados al comienzo de este capítulo.

La solicitud de inclusión de nuevos documentos en la HC se propondrá a la Comisión de Historias Clínicas y/o Dirección Médica.
4. Quedan obligadas al cumplimiento de las presentes normas todas las personas que de una manera u otra, con un objetivo u otro, utilicen los soportes de información clínica aludidos y sea cual fuere su categoría profesional o su relación contractual respecto del Hospital.
5. Los soportes de información que constituyen las Historias Clínicas no podrán ser utilizados para otros fines más que en los términos que determina la presente reglamentación.
6. Se asignará número de Historia Clínica a toda persona que solicite por primera vez su asistencia en el Hospital, bien se realice ésta en régimen de hospitalización, urgencias, consulta externa, incluso a los pacientes que sólo acudan al hospital para que les sea practicada una exploración o tratamiento de forma ambulatoria.

Los recién nacidos en el Hospital también recibirán número de Historia Clínica.

7. La información asistencial generada en el proceso de atención a cada paciente se acumulará sobre su número de Historia Clínica.
Las bases de datos asistenciales conservadas electrónicamente, quedarán asimismo referidas al número de Historia Clínica.
8. Se abrirá físicamente carpeta y sobre de Historia Clínica cuando tenga lugar un primer episodio de hospitalización o de consulta externa.
Los documentos de la Historia Clínica quedarán conservados y serán archivados en un sobre identificado por el número de Historia Clínica, que tendrá su destino final en el Archivo de Historias Clínicas.
9. En cuanto a los documentos generados en los episodios asistenciales de urgencias, se incorporarán a la Historia Clínica en caso de que tenga lugar el ingreso hospitalario, o si la atención en urgencias da lugar a una cita en consultas.
Si no tiene lugar el ingreso ni la cita, se recomienda entregar al paciente radiografías, electrocardiograma, resultados de analítica y copia de los informes de ecografías y TAC. La Hoja de Urgencias y los documentos que no se han entregado al paciente se archivarán en el archivo cronológico de episodios de atención de Urgencias.
10. El desarrollo tecnológico está permitiendo una mayor disponibilidad de información clínica en soporte informático. Esta realidad facilita enormemente la práctica clínica pero simultáneamente supone un gran riesgo en la vulneración del derecho a la intimidad de las personas. Por ello los centros sanitarios están obligados a establecer mecanismos que permitan garantizar con el mayor grado de seguridad posible la confidencialidad de esta información clínica.

En la actualidad la información clínica disponible en soporte informático en el Hospital de Basurto hace referencia a informes de alta, informes médicos, informes de radiología y de otras exploraciones complementarias, informes de anatomía patológica y resultados de laboratorio.

El acceso a los datos de la HC electrónica está regulado en función de la categoría profesional de los usuarios, cada uno de los cuales dispone de una clave de acceso que debe actualizar periódicamente.

Los programas que permiten acceder a los datos de las historias están estructurados en tres niveles:

- Facultativos: acceso a toda la información clínica del paciente.
- Diplomados enfermería: resultados de laboratorio, datos de farmacia e informes de continuidad de cuidados de pacientes a su cargo.
- Administrativos: acceso a la transcripción y edición de informes clínicos y de exploraciones complementarias.

Existe un mecanismo de validación electrónica de los informes clínicos que permite garantizar que la información registrada tiene un responsable de su contenido.

Capítulo 2.- IDENTIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

1. La Historia Clínica quedará identificada unívocamente por el número asignado automáticamente al paciente como parte del proceso de la primera admisión.
La Historia Clínica será única para cada paciente con independencia de que éste sea atendido por un sólo Servicio o por varios, de forma puntual o continuada y bajo una modalidad asistencial u otra. El número de identificación de la Historia Clínica será permanentemente el mismo, no variando por el paso de los años.
2. Dicho número identificará todos los documentos de los expedientes clínicos sobre papel, placas de radiografías y películas. Todos los documentos que componen la Historia Clínica estarán encabezados por los datos de identificación del paciente, el número de Historia Clínica, número de cama, si procede, y el nombre de la Unidad Asistencial donde se realice la asistencia en cada momento. La cumplimentación de estos datos corresponde al responsable de iniciar cada hoja.
- 3.- La asignación del número de Historia Clínica es responsabilidad del Servicio de Admisión. Para realizar una correcta gestión de la asignación, el personal del Servicio de Admisión procederá a la identificación del paciente en su primer contacto con el Hospital.

Con el fin de evitar errores en la identificación de los pacientes y posibles duplicidades al adjudicar número de Historia, se establece la siguiente sistemática que se aplicará en la medida en que el paciente aporte la documentación:

- Solicitar D.N.I. y tarjeta de identificación sanitaria.
- Identificar por los apellidos, nombre y sexo.
- Preguntar fecha y lugar de nacimiento.

Esta sistemática se seguirá siempre que vaya a procederse a la adjudicación de número de HC, comprobando que el paciente no tiene otro número anteriormente asignado.

El sistema informático dispone de un programa de búsqueda fonética que permite evitar los errores de búsqueda provocados por la introducción de los apellidos y nombre con diferente ortografía.

En caso de que el paciente carezca de número de Historia Clínica, se procederá a asignárselo. Esta asignación se realizará de forma automática sobre la base de un contador secuencial gestionado por el propio ordenador.

- 4.- Si se detecta que, por error, un paciente ha recibido más de un número de Historia Clínica, la persona que lo detecte lo comunicará al Servicio de Admisión.

El Servicio de Admisión es responsable de corregir la situación en su base de datos, anulando el número nuevo. El volcado de información al número válido se realiza de forma automática por un programa informático asociado a la anulación del número erróneo.

También de forma automática se genera un informe accesible desde el Servicio de Archivo de Historias Clínicas, cuyo personal es responsable de realizar la unificación física de la documentación.

Capítulo 3.- ESTRUCTURA, ORDEN Y CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Estructura

La Historia Clínica se estructura en episodios asistenciales: de hospitalización y de atención ambulatoria.

Los documentos se conservarán, cualquiera que sea el Servicio responsable de la atención al paciente, en una única carpeta.

Dentro de la carpeta, los diferentes episodios se colocarán por orden cronológico a medida que se sucedan en el tiempo, quedando separados entre sí por la hoja de cabecera. Esta hoja llevará una señal de color que identificará al Servicio responsable.

Las bases de datos asistenciales conservadas electrónicamente se adaptarán al mismo criterio de estructuración.

Contenido y Orden

La Historia Clínica contendrá los documentos necesarios para el registro de las actividades clínicas desarrolladas en las distintas modalidades asistenciales: urgencia, ambulatoria, o ingreso hospitalario, de acuerdo al Decreto 45/1998, de 17 de marzo, por el que se establece el contenido de las historias clínicas hospitalarias.

A continuación se relacionan y describen los tipos documentales aprobados para su uso en la historia clínica del Hospital:

DOCUMENTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

- 00 - Hoja clínico estadística
- 01 – Autorización de ingreso
- 02 - Consentimiento informado
- 06 - Alta voluntaria

INFORMES CLÍNICOS

- 10 - Informe clínico al alta
- 11 – Informe quirúrgico
- 12 - Informe de necropsia
- 15.- Hoja de Urgencias

ANAMNESIS, EXPLORACIÓN, EVOLUCIÓN

- 21 - Anamnesis
- 22 - Exploración física
- 23 - Planificación de diagnóstico y tratamiento
- 24 - Evolución médica
- 25.- Registro del parto

INFORMES DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS E INTERCONSULTAS

- 30 - Anatomía patológica y citodiagnóstico
- 31 - Técnicas diagnósticas por imagen
- 32 - Técnicas endoscópicas
- 33 – Hoja de Interconsulta
- 34 - Informe preoperatorio
- 35 - Hoja de anestesia
- 36 - Pruebas funcionales especiales
- 37 - Neurofisiología
- 38 - Registros gráficos
- 39 - Informes de laboratorios: urgencias, hematología, bioquímica, microbiología
Hoja de infección hospitalaria
Radiografías u otros documentos iconográficos

ÓRDENES MÉDICAS Y DOCUMENTACIÓN DE ENFERMERÍA

- 40 - Gráficas de constantes
- 41 - Órdenes médicas
- 42 - Hoja de aplicación terapéutica
- 43 - Registro de urgencias
- 44 – Planificación de cuidados de enfermería
- 45 - Evolución de enfermería
- 46 - Continuidad de cuidados
- 47 - Otros documentos de enfermería: quirófano, hospital de día....

Como norma general, y sin perjuicio de lo que suplementariamente pueda exigirse para cada uno de los documentos que componen la Historia Clínica, siempre que se indique la obligatoriedad de firma en alguno de ellos deberá de entenderse que junto a la misma habrá de constar el número de colegiado, para el caso del personal médico, o el número de empleado, para el resto del personal firmante.

La documentación soportada sobre papel y, en los casos en que así se indica expresamente, los soportes informáticos de las Historias Clínicas del Hospital se cumplimentarán de acuerdo con las instrucciones contenidas en las páginas siguientes.

HOJA CLÍNICO ESTADÍSTICA

Es la hoja destinada a registrar datos administrativos y clínicos relacionados con el episodio asistencial.

Contendrá como mínimo la información que constituye el Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria, de acuerdo con lo establecido en el artículo 3 del Decreto 303/1992, de 3 de noviembre, por lo que se regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria, y se crea el registro de Altas Hospitalarias de Euskadi.

Corresponde al Servicio de Admisión cumplimentar los datos de admisión de los pacientes en su contacto inicial con el Hospital, al comienzo de cada episodio asistencial. Los datos referentes al alta serán registrados informáticamente por el personal de enfermería de las correspondientes unidades.

La hoja clínico estadística sirve como separadora de episodios en la Historia Clínica. Está impresa en color negro para los episodios de hospitalización y en azul para los ambulatorios. Una etiqueta de color identifica al servicio responsable, situada en el ángulo superior derecho si el episodio es de hospitalización, y en el inferior si es ambulatorio.

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE INGRESO

Es el documento por el cual el paciente o su responsable legal autorizan la hospitalización y la puesta en práctica de aquellas medidas diagnósticas o terapéuticas que los facultativos consideren oportunas y que no precisen de una Hoja de Consentimiento Informado.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es la hoja destinada a registrar por escrito la experiencia previa de comunicación con los pacientes, que no debe confundirse a efectos relacionales, éticos ni jurídicos, con el proceso comunicativo de información y toma de decisiones.

Este documento debe asegurar, en primer lugar, una cantidad de información que sea adecuada y comprensible para el paciente. Además debe dejar la puerta abierta al paciente que quiera precisar o que desee más información y, por último, tiene que establecer con claridad la total libertad del paciente para reconsiderar su decisión en cualquier momento.

El paciente es siempre el receptor de información, excepto en los casos de incapacidad o de negativa por su parte a recibirla, en cuyo caso se le dará a sus familiares o personas en los que esté delegado este derecho.

Es el médico responsable del paciente quien debe de informar. En el caso de intervenir varios Servicios, se debe acordar a quien le corresponde cumplimentar dicha documentación.

El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origine con seguridad.
- Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionadas con el tipo de intervención.
- Las contraindicaciones.

En el documento deberá constar que el paciente o responsable legal del mismo ha sido informado de su estado de salud y de las posibles alternativas terapéuticas existentes para su diagnóstico y tratamiento, así como autorización para: cirugía y/o técnicas exploratorias invasivas, donación de órganos, transfusión, experimentación y ensayos clínicos, utilización de los datos identificativos de los pacientes con otros fines distintos al estrictamente asistencial de los documentos recogidos en la Historia Clínica.

Firmas: Médico responsable, paciente, en caso de imposibilidad del paciente, tutor, responsable legal o designado con anterioridad por el paciente.

HOJA DE ALTA VOLUNTARIA

Es el documento que recoge la voluntad del paciente de no proseguir bajo los cuidados dispensados por el Hospital, si tal es su deseo, en contra del criterio asistencial expresado por los facultativos que le venían atendiendo hasta ese momento.

Será precisamente uno de estos médicos quien, ante la negativa del paciente a seguir siendo atendido en nuestro Hospital, presentará el documento al enfermo o a personas legalmente responsables por el mismo. Corresponde suplir esta función, durante las horas de trabajo no habituales, a los médicos componentes de la plantilla que cubra, con presencia física, las urgencias de la especialidad bajo cuyos cuidados esté el paciente o, con carácter subsidiario, al Jefe de Guardia.

Junto a la firma del paciente y su número de DNI, en la Hoja de Alta Voluntaria figurará la firma del médico que le dio información sobre las circunstancias que aconsejaban que no se produjera el alta. Aparecerán asimismo consignadas con claridad la fecha y hora en que se producen las firmas.

El documento consta de una hoja original y otra autocopiable. La primera de ellas será incluida en la Historia Clínica del paciente que haya solicitado el alta voluntaria. La segunda será entregada al propio firmante del documento.

La solicitud y firma del alta voluntaria por parte de un paciente no excluye de la obligación de que sea realizado el Informe de Alta, con el contenido descrito en el correspondiente apartado de esta normativa, y referente a la asistencia prestada hasta el momento en que el alta se produce, indicando, en la medida de lo posible, alternativa terapéutica extrahospitalaria a seguir.

HOJA DE INFORME CLÍNICO AL ALTA

Este documento contendrá el resumen del episodio asistencial destinado a la información del propio paciente; en su caso, de los familiares de éste; y del médico de familia o especialista encargado del seguimiento del paciente en el medio extrahospitalario.

Se realizará informe de alta a todos los enfermos atendidos en el Hospital, incluso en el caso de que los pacientes fallezcan.

En el caso de los pacientes asistidos de urgencia y en los hospitalizados, se emitirá el informe al producirse el alta. Si el paciente es dado de alta para trasladarle a otro Hospital, el Informe Clínico de Alta deberá acompañarle para su presentación en el centro de destino. Para los enfermos asistidos en consultas externas se emitirá al producirse el alta, salvo que el paciente disponga de un informe previo en el Servicio por el mismo proceso. Puede emitirse antes un informe provisional si se considera necesario.

En caso de fallecimiento del paciente se remitirá el Informe de Alta a los familiares o allegados más próximos.

Su contenido, de acuerdo con la Orden del 6 de septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo (B.O.E. 14/9/84) abarcará los puntos siguientes:

- Identificación del Servicio y/o Unidad asistencial responsable.
- Nombre, apellido y firma del médico responsable.
- Nombre y apellidos del paciente, número de su Historia Clínica, fecha de nacimiento y domicilio.
- Fecha de admisión y fecha de alta.
- Motivo del ingreso.
- Resumen de la anamnesis y exploración física del paciente al ingreso.
- Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente, incluyendo, en su caso, los resultados de las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución del mismo.
- Procedimientos quirúrgicos y obstétricos u otros procedimientos especiales practicados, expresando la fecha de intervención, técnica realizada, hallazgos quirúrgicos, circunstancias intraoperatorias que puedan ser de interés para el seguimiento del paciente, resultado de los

análisis de muestras remitidas para estudio anatomopatológico y diagnóstico postoperatorio. En caso de parto, se especificará el peso al nacer, sexo y estado del recién nacido.

- Motivo del alta.
- Diagnóstico principal y, en su caso, otros diagnósticos.
- Recomendaciones terapéuticas.
- En caso de fallecimiento, si se hubiera realizado necropsia, se expondrán los hallazgos más significativos.

El informe de alta se grabará en soporte informático utilizando la aplicación expresamente diseñada para ello. El documento se entregará al paciente en el momento de producirse el alta, y se guardará una copia en la historia clínica.

Si fuera imposible realizar un informe de alta completo en el mismo momento del alta del enfermo, se emitirá un documento de informe provisional del alta, donde constará con toda claridad que se trata de información provisional y debiendo en todos los casos complementarse, en el plazo de tiempo más breve posible con el informe definitivo. El informe provisional de alta podrá ser manuscrito.

El informe de alta, provisional y/o definitivo, deberá ser realizado por el médico especialista responsable de la asistencia del paciente durante su estancia en el Hospital, o facultativo que lo sustituya según instrucciones del Jefe de Servicio. Corresponde a éste, en cualquier caso, la supervisión del adecuado cumplimiento de la realización de los informes.

HOJA DE INFORME QUIRÚRGICO

Es el documento en que se debe de recoger la información referente a los procedimientos quirúrgicos que se desarrollan sobre un paciente.

Es obligación del cirujano principal, entre los componentes del equipo responsable de una intervención determinada, cumplimentar la Hoja de Protocolo Quirúrgico correspondiente a la misma.

Se harán constar, como mínimo, en cada hoja de Protocolo Quirúrgico los siguientes datos:

- Fecha de la intervención y duración de la misma.
- Nombres, apellidos y números de colegiado de los cirujanos y anestesiistas que participaron en el acto quirúrgico.
- Tipo de anestesia.
- Diagnósticos pre - y postoperatorios.
- Tipo de procedimientos realizados.
- Descripción de la intervención.
- Indicaciones de si se solicitaron o no exámenes anatomopatológicos de material extraído en la intervención y, en caso positivo, enumeración de las piezas enviadas.
- Incidencias acaecidas durante la intervención que puedan condicionar el futuro inmediato, medio o tardío del paciente.
- Estado y destino del enfermo al finalizar la intervención.

HOJA DE INFORME DE NECROPSIA

Es el documento destinado a recoger la información de interés derivada del examen postmortem realizado a los fallecidos en el Hospital.

Se trata de un informe dirigido a los profesionales sanitarios, y en ningún caso sustituirá al informe clínico de alta, que es el que debe ser remitido a los familiares o allegados más próximos.

El informe de necropsia es doble, uno provisional, inmediato y derivado de la inspección microscópica y otro definitivo, en el que se conjunta el informe macro y microscópico.

El informe provisional se emitirá en un plazo no superior a cinco días desde el momento de la realización del estudio. En él constarán los hallazgos macroscópicos y las enfermedades importantes deducibles de dichos hallazgos. De forma oral se informará tras la realización física de la necropsia.

El informe definitivo se emitirá en un plazo no superior a dos meses. En él constarán:

- Hallazgos macro y microscópicos.
- Enfermedades o patología de interés derivados de dichos hallazgos.
- Causa probable del fallecimiento, si fuera deducible de los hallazgos.

Ambos informes, provisional y definitivo, deberán ir fechados y firmados por el anatomopatólogo responsable de la emisión de los mismos.

La solicitud de autopsia clínica deberá de ser realizada por uno de los médicos componentes del equipo responsable de la atención del enfermo en el momento de su muerte, firmando el formulario existente a tal efecto tras haber hecho constar en el mismo los datos de identificación del fallecido, un breve resumen de la Historia Clínica de éste, el diagnóstico clínico establecido, la causa probable de la muerte y la fecha y hora en que se produjo el fallecimiento.

HOJA DE URGENCIAS

Es el documento destinado al registro de la actividad clínica desarrollada por cada paciente atendido en el Servicio de Urgencias.

Deberá contener:

- Datos de identificación del paciente y de las circunstancias por las que acude al Servicio de Urgencias: Nombre y apellidos, número de H.C., fecha de nacimiento, fecha y hora en que se realiza la asistencia, médico que atiende al paciente.
- Datos clínicos relevantes: Motivo de la consulta, constantes clínicas, hallazgos de la exploración física, pruebas y exploraciones practicadas, tratamiento recibido, evolución, diagnóstico provisional, recomendaciones terapéuticas, si las hay, al alta.
- Fecha y hora en que el paciente es dado de alta, y destino del mismo.

En caso de que la atención en Urgencias de lugar a ingreso hospitalario, esta hoja se incorporará a la Historia Clínica. Si no es así, la entrega del informe de alta al paciente podrá ser suplida por la entrega de una copia de la Hoja de Urgencias, quedando el original archivado en el archivo cronológico de episodios de atención en Urgencias.

HOJAS DE ANAMNESIS Y DE EXPLORACIÓN

Son los documentos destinados a recoger los datos de anamnesis y exploración recabados durante la entrevista entre el médico y el paciente y/o sus familiares o allegados.

El responsable de su cumplimentación es el médico que atienda al paciente a su ingreso en un Servicio o a su llegada en primera consulta a una especialidad determinada.

Deberán ser anotados, en los apartados correspondientes, los datos referentes al motivo que ha llevado al paciente a solicitar asistencia, los antecedentes familiares y personales del mismo, los síntomas referidos a su enfermedad, la fecha de comienzo de éstos, las exploraciones y tratamientos previos que hayan sido aplicados, la evolución clínica experimentada hasta el momento de la llegada al Hospital y los hallazgos exploratorios positivos y negativos verificados por el médico.

Las dos hojas podrán ser manuscritas. Al pie de las mismas existen apartados para consignar la firma del médico historiador y su número de colegiado: ambos apartados deberán de ser rellenados de forma que posibiliten, sin lugar a dudas, la identificación de tal facultativo.

Existen variantes complementarias, también autorizadas, de las Hojas de Historia Clínica y de Exploración, como la Hoja de Antecedentes Pediátricos, o la de Exploración de Otorrinolaringología. El procedimiento a seguir para cumplimentar las mismas no difiere en del descrito con carácter general en los apartados anteriores.

HOJA DE PLANIFICACIÓN

Es el documento destinado a la plasmación escrita de los primeros juicios que establece el médico que asiste al paciente sobre el estado de éste; sus posibles diagnósticos y problemas activos; los problemas no activos que, sin embargo, influyen en el estado de salud del paciente; el pronóstico en cada caso; el plan de estudios a realizar para aclarar el proceso de diagnóstico diferencial; y las pautas de tratamiento iniciales a seguir.

Es una hoja cuya confección debe de ser obligatoriamente realizada por el médico en forma simultánea a la de las Hojas de Historia Clínica y Exploración, sin perjuicio de posibles añadidos posteriores.

La Hoja de Planificación debe de ser firmada por cuantos médicos intervengan en su conformación y de forma que sea posible la inequívoca identificación de los firmantes.

HOJA DE EVOLUCIÓN MÉDICA

Es el documento destinado a recoger las incidencias asistenciales que se presentan durante la atención de un paciente, así como los correspondientes comentarios de actualización de los datos recogidos en la anamnesis y la exploración. Se anotarán, también, cuantas actuaciones se vayan practicando sobre el paciente a medida que las mismas se realicen, las conclusiones de las sesiones clínicas, y cuantos motivos hagan modificar o suprimir cualquier aspecto del plan diagnóstico y terapéutico previamente establecido.

Las anotaciones periódicas en las hojas de evolución deberán ir fechadas y firmadas por el médico que las realiza. Las anotaciones urgentes deberán contener, además, la hora en que se realizan.

Aunque la norma sea la utilización de la Hoja de Evolución como soporte de la información descrita en los párrafos anteriores, existen también en determinados Servicios otros documentos complementarios autorizados para anotación de datos evolutivos muy específicos, como la Hoja de Control del Embarazo utilizada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, ó la de Escala de Glasgow, utilizada para evaluar la evolución del estado neurológico.

HOJA DE REGISTRO DEL PARTO

Es el documento destinado a recoger la información clínica generada durante el proceso del parto. En su diseño se ha previsto la intervención de médicos y matronas.

En un primer apartado se recogerán los datos de anamnesis y exploración. La hoja desplegada en su tamaño DIN-A3 contiene los gráficos necesarios para el registro del partograma y demás datos generados a lo largo de la evolución del parto, así como espacio para escribir las órdenes médicas, administración terapéutica y notas de evolución. En la última parte del documento se describirán el tipo de parto, incidencias, tipo de anestesia y la valoración del recién nacido. Contiene también espacios para la huella plantar del recién nacido y la del índice de la madre.

Debe constar el estado y destino de la paciente al salir de la sala de partos o del quirófano. Los médicos y matronas que asisten al parto deben estar identificados y firmar en los lugares correspondientes.

HOJAS DE INFORMES DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Son los documentos que dan cabida a los resultados de las pruebas solicitadas a los laboratorios y demás servicios que realizan exploraciones complementarias.

Estas hojas están relacionadas bajo el epígrafe “informes de exploraciones complementarias e interconsultas” en la página 10.

Todos los informes emitidos deberán contener la fecha de solicitud, la de realización y la firma del profesional que los ha realizado.

HOJA DE INTERCONSULTAS

Es el documento destinado a recoger los motivos de solicitud de interconsultas o de determinadas exploraciones, así como a registrar el informe respuesta del servicio consultado.

El documento está soportado por hojas autocopiables y consta de una solapa, un ejemplar original destinado a ser conservado en la Historia Clínica del paciente y de dos copias de las cuales una está destinada a quedar en poder del Servicio destinatario de la solicitud.

Corresponde a los médicos del Servicio peticionario rellenar todos los datos de la solapa, a excepción de los referentes a día y hora en que el documento se recibe en el Servicio destinatario y los de cita del paciente, que serán conformados por las personas destinadas al efecto por cada Servicio que puede recibir consultas soportadas en este tipo de hojas. Se hará constar también si la consulta o petición de prueba complementaria es urgente o no y se firmará legiblemente la solapa, indicando el número de colegiado del médico peticionario.

Una vez conformados por el personal del Servicio consultado los datos de fecha y hora de recepción de la hoja y, en su caso, los de citación del paciente se devolverá la solapa al Servicio peticionario, quedando el resto del documento en posesión del Servicio consultado hasta la realización del correspondiente acto médico. Cuando se produzca éste, el facultativo responsable del mismo hará llegar su informe hasta el Servicio peticionario en las hojas que han quedado en su poder. El informe se remitirá firmado por la persona que lo realiza, con indicación de su número de identificación y de la fecha y hora en que aquél es emitido.

Pueden acompañar a la respuesta otros soportes de información. En estos casos se dispondrá lo necesario para que tales soportes vayan identificados con los datos comunes, referidos al paciente, que se hacen constar en el resto de los documentos de la Historia Clínica y también fechados en forma coherente con el informe emitido en la Hoja de petición de consultas y exploraciones con que se correspondan.

HOJA DE INFORME PREOPERATORIO

Es el documento destinado a soportar información referente al estado de salud preoperatorio de los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

Corresponde su cumplimentación a los médicos del Servicio Quirúrgico responsable del paciente, a los del Servicio de Anestesiología y al personal titulado de enfermería de la Unidad que atiende al paciente. La propia hoja lleva anotaciones referentes a los apartados a confeccionar por cada uno de los grupos referidos.

Es obligación de los médicos del Servicio Quirúrgico iniciar la cumplimentación de este documento con la antelación necesaria para que se den los pasos previstos en el mismo.

HOJA DE ANESTESIA

Es el documento destinado a recoger la actividad realizada por el anestesiólogo durante la intervención y el postoperatorio inmediato.

Consta de dos hojas. Una de ellas, impresa por una sola cara y autocopiable, está destinada a quedar incluida en la Historia Clínica del paciente. La segunda quedará archivada en el Servicio de Anestesia y de ella se extraerá la colección de datos a conservar sobre soporte electrónico en la base de datos del paciente administrada por el Servicio de Anestesia.

Será cumplimentada por el anestesista responsable de cada intervención, el cual especificará los datos correspondientes a cada uno de los apartados previstos en ambas caras del documento y específicamente de:

- Resumen de la valoración preoperatoria.
- Hora de comienzo y de finalización de la anestesia.
- Descripción de la técnica anestésica.
- Medicación administrada con expresión de dosis, vías, pauta y momento de administración.
- Evolución de los signos vitales del paciente con referencia minutada respecto del inicio de la intervención.
- Características de la ventilación asistida si la hubiere.
- Incidencias de interés en relación con el estado vital del paciente.
- Estado clínico del paciente durante la intervención y a la finalización de ésta.

El documento será fechado y firmado, en forma legible, por el anestesista que lo cumplimenta el cual hará constar asimismo su número de colegiado.

HOJA DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

Es el documento destinado al registro de la infección hospitalaria.

Deberá contener como mínimo: tipo de infección; diagnóstico de ingreso; muestras bacteriológicas extraídas; tipo de aislamiento realizado, si procede; antibioterapia administrada, en su caso; procedimiento o técnica exploratoria realizada, en su caso; fecha y firma del médico que la realiza.

RADIOGRAFÍAS U OTROS DOCUMENTOS ICONOGRÁFICOS

Se incorporarán a la HC aquellas radiografías u otros documentos iconográficos que queden bajo la custodia del hospital. En los casos en que tales documentos se entreguen al paciente o al facultativo o servicio sanitario de procedencia, se dejará constancia de este hecho en la HC.

HOJA DE GRÁFICA DE CONSTANTES

Es el documento destinado a registrar de forma gráfica las constantes vitales del paciente.

Deberá constar:

- Fecha y, en su caso, hora
- Día de estancia
- Día postoperatorio, cuando proceda
- Constantes vitales de rutina tales como: pulso, temperatura, presión arterial. Además, se registrarán los controles (diuresis, balance hídrico, peso, talla, dieta,...) que fueran necesarios de acuerdo a la evolución del paciente y/o protocolo de Unidad, ya sean ordenados por el facultativo o procedentes de la propia actividad de enfermería.

La gráfica de constantes será cumplimentada por el enfermero/a a cuyo cuidado esté el paciente en ese momento.

En las unidades de cuidados intensivos se incorporarán registros pormenorizados de las constantes vitales del paciente.

HOJA DE ÓRDENES MÉDICAS

Es el documento destinado a recoger todas las indicaciones terapéuticas prescritas por los facultativos del equipo asistencial que atiende a un paciente, incluyendo la medicación, la fluidoterapia, las dietas y los cuidados de enfermería que sean considerados necesarios.

También tiene como objeto el recoger las órdenes de realización de los exámenes complementarios que fueran establecidas para un paciente determinado.

Todas las órdenes deberán de figurar siempre por escrito y expresadas con todo el detalle necesario. En las órdenes terapéuticas se hará constar el nombre del medicamento o producto prescrito, su dosis, la frecuencia y la vía de administración.

Los recuadros existentes en esta hoja están destinados a recoger el conjunto de órdenes que se establezcan durante cada día de la asistencia de un paciente o para el conjunto de órdenes emitidas en diferentes horas de un mismo día. Los datos generales previstos en cada recuadro deberán ser cumplimentados cuidadosamente, en especial los relativos a fecha y hora de las órdenes y la firma del facultativo prescriptor.

La solapa autocopiada de la hoja se utilizará para la peticiones de fármacos en dosis unitarias.

Si fueran necesarios comentarios referentes a órdenes ya emitidas (por retrasos, defectuosa ejecución de las mismas, etc.), éstos se harán constar en la hoja de evolución.

HOJA DE APLICACIÓN TERAPÉUTICA

Es el documento en el que el enfermero/a registrará la medicación administrada conforme a las órdenes médicas prescritas.

Se cumplimentarán los siguientes datos:

- Fecha (día, mes, año) y hora de administración
- Diagnóstico médico
- Alergias
- Medicamento
- Frecuencia
- Dosis
- Vía
- Observaciones, en su caso
- Firma del enfermero/a que realiza la administración.

HOJA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS

Es el documento destinado a registrar la situación del paciente en el Área de Urgencias, así como las actividades realizadas por el personal de enfermería durante su atención.

Se cumplimentarán los siguientes apartados:

- Datos previos: motivo de ingreso, situación del paciente a su ingreso
- Constantes: se registrarán las constantes vitales con referencia horaria, de acuerdo a protocolo u orden médica.
- Medicación: nombre del medicamento, dosis, vía, hora y firma del enfermero/a que la administra.
- Pruebas diagnósticas, en el caso que le sean practicadas.
- Técnicas: se registrarán todas las técnicas que el personal de enfermería desarrolla durante la atención al paciente
- Preparación quirúrgica: se cumplimentará este apartado en el caso de que sea necesaria una intervención
- Dieta
- Observaciones y cuidados: se registrarán las incidencias acontecidas durante la estancia del paciente y los cuidados administrados que no aparezcan reflejados en los diferentes apartados de este registro
- Destino del paciente: se indicará el destino del paciente al salir del servicio de Urgencias

HOJA DE PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Es el documento en el que quedarán registrados dos tipos de información:

- A) Los problemas y necesidades detectados al paciente, a partir de la valoración del estado de salud-enfermedad. La recopilación de los datos debe hacerse mediante observación, exploración y entrevista tan pronto como sea posible, y siempre dentro de las primeras 24 horas del ingreso. También, se realizará nueva valoración cuando el paciente sea trasladado de Unidad y siempre que la situación del paciente lo requiera.

Deberá constar:

- Fecha de valoración
- Diagnóstico y/o motivo de ingreso
- Tratamiento habitual
- Alergias
- Gestación, en su caso
- Fecha de ingreso
- Procedencia del ingreso

B) Planificación y administración de los cuidados propios de enfermería, así como los derivados de las órdenes médicas.

En esta hoja debe constar:

- Día de estancia.
- Fecha.
- Códigos, correspondientes a necesidad y problema.
- Cuidado planificado y frecuencia del mismo.
- Firma del enfermero/a a cuyo cuidado esté el paciente en ese momento.

HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

Es el documento destinado a registrar las respuestas del paciente a los cuidados administrados por el enfermero/a, así como las incidencias ocurridas y observadas durante su asistencia. También, se dejará constancia de la razón de omisión de tratamientos y/o cuidados planificados.

Deberá constar:

- Fecha y turno de trabajo.
- Hora, en el momento del ingreso y ante circunstancias que lo requieran.
- Firma del enfermero/a a cuyo cuidado esté el paciente.

HOJA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Es el documento destinado a registrar las recomendaciones y cuidados de enfermería que precisan de una continuidad en otro nivel asistencial.

Este registro será cumplimentado por el enfermero/a al alta hospitalaria.

Deberá constar:

- Motivo de la continuidad de cuidados
- Alergias
- Vacunas
- Fecha de cumplimentación
- Problemas pendientes al alta
- Cuidados pendientes al alta
- Centro destinatario
- Recomendaciones y observaciones
- Firma de la enfermera responsable del paciente

HOJA DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO

Es el documento destinado a registrar los datos del paciente quirúrgico y las actividades realizadas por el personal de enfermería, desde el momento en que el paciente entra en el anfiteatro quirúrgico hasta la salida del mismo.

Se cumplimentarán los siguientes apartados:

- Datos de los grupos asistenciales que intervienen: cirujanos, anestesista y enfermeras
- Tipo de anestesia
- Preparación quirúrgica
- Actividades intraquirófono. Se registrarán todas las actividades que realiza el personal de enfermería durante el tiempo quirúrgico.

Será responsabilidad del enfermero/a la cumplimentación del registro.

Capítulo 4.- CONFECCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

1. Las Historias Clínicas del Hospital deberán de ser recogidas obligatoriamente sobre los soportes descritos en el capítulo tercero de la presente normativa.
2. Los soportes en papel tendrán como norma el tamaño de una hoja DIN A 4 e irán impresos en tinta verde sobre papel blanco. El gramaje de dicho papel será de 60 a 70 gr.

Las gráficas de determinados Servicios, como las unidades de cuidados intensivos, unidad coronaria, neonatología y unidad de hemodiálisis, podrán tener un tamaño de hoja DIN A-3. En tal caso dispondrán de un pliegue central que las permita doblarse hasta el tamaño DIN-A4 común para el resto de estos soportes.

3. Las hojas estandarizadas de las Historias Clínicas dispondrán de unos márgenes no impresos de 20 mm. en el lateral izquierdo, de 6 mm. en el lateral derecho y de 10 mm. en la parte inferior. En el margen lateral izquierdo las hojas irán taladradas en dos posiciones.

En el lado izquierdo de la parte superior de dichas hojas aparecerán impresos los logotipos de Osakidetza y del Hospital, los nombres completos del Ente y del Centro y la denominación oficial de la hoja de que se trate. La hoja de informe de alta llevará además impresos la dirección y los teléfonos del Hospital conforme a lo indicado por la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo publicada en el B.O.E. de fecha 14 de septiembre de 1.984.

En el lado derecho de la parte superior aparecerán apartados destinados a recoger los datos de número de Historia Clínica, nombre y apellidos como identificativos del paciente; los del Servicio y Unidad de Enfermería como identificativos de los grupos asistenciales responsables de la atención del paciente en cada contacto de éste con el Hospital; el número de orden de la hoja según será su colocación en la Historia Clínica; y una casilla destinada a la numeración manual de las hojas que se encuentren repetidas en un mismo episodio.

Las hojas no estandarizadas se adaptarán en lo necesario a los márgenes y contenidos arriba indicados.

4. La escritura sobre los soportes en papel debe de hacerse con tinta negra, pudiéndose ocasionalmente utilizar la roja para remarcar ciertas informaciones. Queda prohibido el uso de lapicero como medio de escritura.

Las hojas se escribirán por una sola cara salvo que se indique expresamente lo contrario para alguna de ellas. Cuando sea insuficiente una hoja para abarcar el texto o textos sucesivos que se deseen escribir, se añadirán nuevos ejemplares de la misma, procediendo a su numeración correlativa utilizando la casilla prevista para tal fin.

5. La redacción de los textos deberá hacerse con escritura legible, con terminología universalmente normalizada por la práctica profesional. Si se utilizan abreviaturas, éstas serán de uso común ó, si no es así, la primera vez que aparezcan en el texto irán acompañados de su significado completo entre paréntesis.
6. Corresponde a cada uno de los componentes del equipo asistencial que atienda al paciente en cada momento la responsabilidad de la correcta ejecución de las normas de confección de las Historias Clínicas.

Los soportes electrónicos y los de papel llevarán apartados destinados a la firma y, en su caso, a la constatación de la fecha y la hora en que se realiza una determinada actividad. Estos apartados deberán de ser cuidadosamente cumplimentados por la persona o personas responsables para cada tipo de actuación de la actividad asistencial desarrollada sobre el paciente, en forma fácilmente legible, haciendo constar además, en el caso de los médicos, su número de colegiado.

7. Al objeto de facilitar el manejo de las Historias Clínicas y la búsqueda de datos en las mismas, deberán de ser ordenados los documentos contenidos en éstas de acuerdo con la numeración que caracteriza a las hojas descritas y para cada uno de los episodios que las componen. Corresponde esta labor al personal administrativo adscrito a la Unidad de Enfermería en que haya estado ingresado el paciente, o bien al personal administrativo y de enfermería que atiende cada consulta externa. Las Historias Clínicas deberán de ser ordenadas con anterioridad a su devolución al Archivo de Historias Clínicas.
8. No obstante lo señalado en el punto anterior, dado que el manejo de la Historia Clínica es diferente durante su confección en las diferentes unidades de hospitalización, en cada consulta externa o tras el alta del paciente, la disposición de los formularios puede ser distinta según el momento de su utilización. Cuando la Historia Clínica está en fase de confección la disposición de sus hojas es libre, según el criterio y costumbre del Servicio responsable de la asistencia de los pacientes, pero una vez que se ha terminado su confección es obligado que los documentos sean ordenados según el orden establecido en el apartado anterior.
9. El orden de los documentos de las Historias Clínicas proporcionadas por el Archivo y ya previamente adaptadas a los criterios expresados en el capítulo segundo no podrá ser alterado.

10. En caso de que el grosor de la Historia Clínica dificulte su manejo, ésta podrá desdoblarse en volúmenes. Cada volumen mantendrá la identificación inicial (núm. de HC, nombre y dos apellidos), así como el número secuencial del volumen a que corresponda.
11. Existe un protocolo, elaborado en la Unidad de Documentación Clínica y aprobado por la Comisión de Historias Clínicas, para hacer más manejables las historias voluminosas. Dicho protocolo contempla la ordenación y clasificación de documentos en función de su relevancia, con el fin de dejar un solo sobre circulante y el resto archivados para ser proporcionados solo si se piden expresamente. Se lleva a cabo en Documentación Clínica y se aplica, en la medida en que los recursos humanos lo permiten, en historias que tienen más de un sobre contenedor.

Capítulo 5.- ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

1. Toda la información contenida en las Historias Clínicas de los pacientes es confidencial.
2. Corresponde a la Dirección del Hospital garantizar a todo paciente atendido en nuestro Centro el derecho a la privacidad y confidencialidad de la información contenida en su Historia Clínica, sin perjuicio de las obligaciones éticas y legales que correspondan, en su caso, a cada una de las personas que en razón del cumplimiento de las funciones propias de su profesión o destino laboral tengan acceso a la totalidad o a parte de dicha información confidencial.
3. El articulado del presente capítulo recoge las normas que establece la Dirección con el fin de regular el acceso a la información contenida en las Historias Clínicas del Hospital. Estas normas se establecen concordantemente con lo dispuesto por las diversas legislaciones estatales y autónomas vigentes sobre tal materia. Como el resto del reglamento, estas normas son de obligado cumplimiento tanto para los empleados del Hospital como para cualquier otra persona que acceda al uso de las Historias Clínicas de pacientes asistidos en nuestro Centro.
4. Todo paciente atendido en el Hospital, así como sus familiares o allegados que cumplan una función subsidiaria suficientemente justificada, tiene derecho, en los términos señalados por la Ley General de Sanidad y las normas legales autónomas vigentes, a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, respecto de todas las circunstancias relacionadas con su estado de salud, con el proceso asistencial que está desarrollándose sobre él en el Hospital, de las diferentes vías existentes para llegar a su más correcta evaluación diagnóstica, de las posibles repercusiones negativas de cada una de éstas, de los diagnósticos establecidos, de su pronóstico, de las alternativas terapéuticas que se puedan establecer, así como de los resultados esperables de cada una de ellas.

Corresponde al facultativo o a los facultativos responsables de cada caso clínico satisfacer el cumplimiento de tal derecho.

Además del preceptivo informe de alta, si el paciente lo solicita se le entregarán copias de las exploraciones complementarias e informes médicos que le permitan conocer de manera adecuada lo que se le ha realizado durante el episodio asistencial. El trámite para solicitar dichas copias se realizará a través del Servicio de Atención al Paciente.

5. Los facultativos, y el resto de los miembros de los diferentes equipos asistenciales del Hospital que estén desarrollando su labor asistencial sobre un paciente determinado, tendrán

acceso a la información pertinente de la Historia Clínica del mismo durante todo el tiempo en que se extienda su actuación profesional en el caso clínico de que se trate.

6. Los facultativos u otros miembros de equipos asistenciales ajenos al Hospital tendrán acceso a la información contenida en la Historia Clínica de pacientes que estén siendo o hayan sido atendidos en nuestro Centro cuando acrediten estar prestando asistencia sanitaria a la persona de la que solicitan consultar la Historia Clínica.

El trámite para solicitar copias de los documentos se realizará a través de la Unidad de Gestión Sanitaria.

7. El acceso a la información contenida en la Historia clínica, de pacientes atendidos en el Hospital, para fines de docencia o de investigación deberá en todos los casos ser autorizado expresamente por la Dirección Médica.

La información obtenida de la consulta a las Historias Clínicas con fines de docencia o investigación deberá de utilizarse de forma que no sea posible la identificación entre los datos extraídos y las personas de quienes proceden, especialmente en lo que se refiere a la elaboración de trabajos y publicaciones.

8. Toda solicitud de información contenida en las Historias Clínicas de pacientes atendidos por el Hospital que sea realizada por la Administración de Justicia será vehiculizada a través de la Dirección Médica. En principio se proporcionarán fotocopias de los documentos, siendo compulsadas si ello es específicamente requerido. Si la HC sale del centro, deberá quedarse una copia autenticada de la misma.
9. La Administración Sanitaria tiene derecho a acceder a la información contenida en las historias clínicas, con fines de inspección, salud pública y estadística sanitaria. En tal caso corresponderá a dicho personal y a los diferentes órganos de la Administración Sanitaria garantizar, de acuerdo con el origen y los fines de la petición realizada, la confidencialidad de la información obtenida.
10. Los representantes de entidades aseguradoras que deseen obtener información contenida en las Historias Clínicas de pacientes atendidos por el Hospital deberán solicitarlo a la Dirección del Centro. La Circular 4/1997 de la Dirección de Asistencia Sanitaria regula el acceso por este concepto, y establece que no se facilitará ninguna información clínica a las compañías aseguradoras sin la autorización expresa del paciente.

Capítulo 6. CONSERVACIÓN, RESPONSABILIDADES Y UTILIZACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

1. Los aspectos relacionados con la confidencialidad y secreto de la información contenida en las historias clínicas se rigen por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.
2. Es obligación de cuantas personas se vean implicadas en la confección o el uso de los soportes de la información de las Historias Clínicas del Hospital, pertenezcan a la plantilla del Centro o sean ajenas a la misma, velar por la conservación de los mismos en las condiciones óptimas para el cumplimiento de sus misiones de acumulación y transmisión de los datos obtenidos de los pacientes. El responsable último de la Historia Clínica es el Centro Sanitario.
3. Cuando se detecte una violación de la confidencialidad y seguridad de la información clínica, la Dirección del Centro deberá proceder a esclarecer las circunstancias a fin de que se depuren las posibles responsabilidades de acuerdo a la legislación vigente.
4. En nuestro Hospital los servicios de almacenamiento, custodia y consulta de las Historias Clínicas están contratados con una empresa externa desde el año 1993. Las Historias Clínicas se encuentran archivadas en las dependencias de dicha empresa.

La clave de identificación de las Historias es su número, sin que exista en poder de la empresa ningún fichero que relacione dichos números con la identidad de los pacientes.

En los locales del Archivo de Historias Clínicas del Hospital se encuentra actualmente una oficina desde la que se realiza la gestión necesaria para la consulta de las Historias, y se organiza su distribución a las unidades asistenciales.

En orden a garantizar la seguridad y confidencialidad de la documentación, tanto la recepción de Historias Clínicas en las dependencias de archivo del hospital como su posterior distribución y entrega en las diferente unidades asistenciales, se llevan a cabo según se especifica en una normativa escrita elaborada expresamente con esta finalidad.

5. En tanto las Historias Clínicas permanezcan fuera del Archivo, corresponde su custodia y conservación a la persona peticionaria de la salida y, de forma subsidiaria, al responsable del Servicio asistencial o administrativo al que pertenezca.
6. El préstamo y el manejo de las Historias Clínicas está regulado por una normativa, elaborada en la Unidad de Documentación Clínica, que se adjunta como anexo a este manual.

7. A propuesta de la Dirección, del Servicio responsable de la asistencia, de la Comisión de Historias Clínicas, ó en el caso de que el propio paciente lo solicite, determinadas historias pueden ser objeto de custodia especial.

La custodia especial significa un tratamiento particular de las historias que restringe e individualiza el acceso a las mismas. Las Historias Clínicas en custodia especial se guardarán bajo llave en las dependencias del Archivo del Hospital.

8. En cuanto al expurgo de documentos, el Decreto 45/1998 de 17 de marzo publicado en el B.O.P.V. regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos de las Historias Clínicas. Cualquier propuesta con relación al expurgo de documentos se ajustará a lo establecido en dicho Decreto, deberá ser aprobada por la Comisión de Historias Clínicas y autorizada por la Dirección del Centro.

Los tipos documentales que se conservarán de manera definitiva en cualquier proceso de expurgo son los que establece el artículo 11 del mencionado Decreto y que se relacionan a continuación:

- Las Hojas de Informes Clínicos de Alta
- Las Hojas de Alta Voluntaria
- Las Hojas de Consentimiento Informado
- Las Hojas de Informes Quirúrgicos y/o Registro del Parto
- Las Hojas de Anestesia
- Las Hojas de Informes de Exploraciones Complementarias
- Las Hojas de Informes de Necropsia
- Las Hojas de Anamnesis, Exploración Física y las de Evolución correspondiente a los episodios asistenciales sobre lo que no exista Informe de Alta.

ANEXO

NORMATIVA REFERENTE A SOLICITUD, LOCALIZACIÓN Y MANEJO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

A) PETICIÓN - PRESTACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

1. - Se contemplan los siguientes motivos de solicitud de historias clínicas al Archivo

- 1- Atención al paciente en hospitalización (H).
- 2- Atención al paciente en régimen ambulatorio: Hospital de día, consultas externas (C).
- 3- Realización de informe clínico (I).
- 4- Introducción de documentos (L).
- 5- Estudio (E).
- 6- Sesión clínica (S).
- 7- Programación quirúrgica (P).

2.- Existen dos mecanismos de solicitud de historias:

- Automático: El sistema informático procede a pedir la historia clínica (HC), sin tener que realizar una solicitud expresa. Se aplica a todos los pacientes citados en consultas, hospital de día y otros tratamientos ambulatorios, ingresos programados tanto para intervención quirúrgica como para otras actuaciones, e ingresos urgentes.
- Manual: El usuario solicita expresamente la historia clínica, a través del ordenador.

3.- Los plazos en los que se tramitan las peticiones de historias clínicas son los siguientes :

- *Automáticas:*
 - Ingresos programados. En el caso de planificación quirúrgica, la solicitud se tramita en el momento en que se programa la intervención y en el resto de ingresos programados con 48 horas de antelación a la fecha prevista de ingreso.
 - Ingreso urgente: La solicitud se procesa en el momento en que se realiza el ingreso. La HC se envía a la Unidad a las 10 h. del día siguiente laboral.

- Consulta externa: La solicitud se tramita con 48 horas de antelación al día de la cita. Existe un sistema complementario que tramita la solicitud de HC. de pacientes citados con solo 24 h. de antelación, siempre que la citación se realice antes de las 14 h.

- *Manuales:*

- Todas las peticiones cursadas hasta las 14 horas se tramitan en el día. Después de esa hora se dejan para el día siguiente.

4.- El reparto de historias clínicas se lleva a cabo de la siguiente manera:

- *Hospitalización: Se realizan tres repartos diarios:*

- En el primero, a las 8,30 h., se llevan a quirófano ó a la UCSI las historias de los pacientes que van a ser intervenidos y cuya programación quirúrgica se ha hecho la víspera.
- El segundo reparto comienza aproximadamente a las 9 h. Se distribuyen todas las historias clínicas disponibles a los correspondiente pabellones.
- Por ultimo, a las 13,30 h. se sirven las historias de los pacientes cuyo ingreso es programado y que hasta ese momento han estado pendientes de adjudicación de cama.

- *Consulta externa, en este caso existen dos repartos:*

- El primero se realiza entre las 9 y las 10 horas e incluye el reparto de las historias clínicas de pacientes citados el día anterior a la consulta antes de las 14 h así como las solicitadas manualmente.
- El segundo se realiza de 11 a 13 horas y corresponde a las historias clínicas ordinarias de la consulta del día siguiente.

B) LOCALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

El acceso a la información sobre la localización de las historias clínicas es universal.

En el programa habitualmente utilizado para solicitar historias, aparece una opción de consulta/modificación. Esta opción muestra y permite modificar la ubicación de las HHCC que están fuera de Data-Box, e informa de los movimientos que han tenido las historias.

La información sobre los movimientos de las historias abarca hasta un año, o si la HC no se ha movido en el último año, muestra el último movimiento.

La ubicación de una HC viene dada por el Servicio y Destino donde está físicamente la historia. En la parte inferior de la pantalla que muestra la ubicación puede consultarse la tabla de destinos.

El usuario puede modificar la ubicación de una HC que se encuentre en su poder.

Si un paciente hospitalizado sufre un traslado dentro del Hospital, el cambio de destino de la HC se realiza de forma automática, siguiendo al paciente. En el resto de situaciones en que una HC cambia de ubicación, el usuario que la solicitó debe realizar la modificación de destino.

La Unidad asistencial que solicita una HC, bien en formato automático ó manual, será responsable de lo que suceda con la misma hasta su devolución al Archivo, ó en su caso hasta que se realiza la modificación de destino.

Una vez utilizada la historia, la Unidad Asistencial tiene dos opciones:

- Devolución al archivo.
- Efectuar la modificación de destino.

Si una Unidad traslada una HC y no realiza la oportuna modificación, será responsable de localizarla en caso necesario.

C) DEVOLUCIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

- 1.- Personal del Archivo recogerá diariamente todas las HHCC que sean devueltas.
- 2.- Los plazos de devolución de la historia clínica son los siguientes:
 - Paciente hospitalizado: 10 días a partir de la fecha de alta.
 - Consultas, historia clínica para informe y/o analítica, estudios u otros usos: 7 días a partir de la fecha para la que se solicitó la historia.
 - Con respecto a las historias de pacientes pendientes de programación quirúrgica, podrán permanecer en el Servicio responsable durante un periodo de tiempo no superior a un mes.

D) RECUPERACIÓN DE HHCC PARA CONSULTAS EXTERNAS

Existe un programa informático que elabora la relación de pacientes citados en consultas cuya HC no ha sido encontrada en Data Box, indicando la ubicación actual de la misma en el hospital.

Con la llamada **HRECU** se obtiene el listado de historias ubicadas en el área de competencia de cada secretaría.

Este listado deberá obtenerse a primera hora de la mañana en las secretarías de los diferentes pabellones; las historias deben prepararse para que sean trasladadas al Archivo, desde donde se distribuirán a las consultas correspondientes en el primer reparto del día siguiente.

Para evitar que estas historias se confundan con las devoluciones a Data Box, deberán introducirse en una bolsa de plástico rotulada "ARCHIVO DE HHCC".

Se procederá a realizar el cambio de destino en la base de datos, como se ha explicado anteriormente.

E) RECLAMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

- 1.- Con carácter quincenal el Archivo elaborará un listado por cada Unidad, con las historias clínicas que han rebasado el periodo de préstamo establecido.
- 2.- La Unidad deberá de responder en un plazo no superior a los 2 días, planteando para cada una de las historias reclamadas una de las siguientes alternativas:
 - Devolución de la historia.
 - Justificación del motivo que provoca su retención.
 - Comunicación del traslado de la HC a otra Unidad, en el caso de no haberse realizado de la forma regulada anteriormente en esta normativa.
 - Desconocimiento de la ubicación de la historia clínica; desde el punto de vista operativo, sería una historia perdida.
- 3.- El Archivo procederá a comprobar las respuestas, y en su caso se pondrá en contacto con el responsable del último destino conocido de la HC. para intentar localizar las historias perdidas.

F) INCORPORACIÓN DE ANALÍTICA A LAS HHCC

Frecuentemente se reciben en las Unidades Asistenciales resultados de exploraciones complementarias después de que la HC ha sido enviada al Archivo.

Existe un circuito establecido para incorporar estos resultados a las historias clínicas.

La documentación debe ser introducida en unos sobres de color rojo especialmente diseñados a este efecto, que serán remitidos al Archivo, y desde aquí a Data Box.

Para ello, se tendrán en cuenta las siguientes directrices:

- Se utilizará un sobre para la documentación de cada paciente. En dicho sobre se anotará el núm. de HC, nombre y apellidos del paciente y fecha del envío, en la primera casilla libre las de las destinadas a tal efecto. Se escribirá con letras mayúsculas y con rotulador.

Los sobres serán recogidos por el personal del archivo y enviados a Data Box, donde se introducirán, sin abrir, en las HHCC respectivas.

- En el momento en que estas HHCC que contienen sobres de analítica retornen al Hospital, la persona que las reciba, sea cual fuere el Servicio solicitantes, debe abrir dicho sobre y guardar los documentos, ordenadamente, en el episodio correspondiente.
- El sobre será reutilizado, anulando la casilla usada, para enviar documentación de otro paciente.
- Solo se enviarán por este medio los resultados de exploraciones complementarias.

En ningún caso se utilizará un sobre rojo para enviar la documentación completa de un episodio; para archivar dicha documentación se solicitará la HC y se introducirá en la misma siguiendo las normas establecidas de orden y estructura.

- Tampoco se enviará por este circuito analítica de pacientes que estén citados en un plazo de tiempo breve; en este caso se guardará la documentación a la espera de ser archivada en la HC el día de la cita.

G) NORMAS SOBRE HISTORIAS CLÍNICAS EXTRAVIADAS

- 1.- **DEFINICIONES** : Se considera Historia Clínica extraviada aquella que no se encuentra localizada durante un período de tiempo superior a tres meses.
Se considera Historia Clínica provisionalmente extraviada, la que no se encuentra localizada durante un período superior a un mes.
- 2.- Cuando una Historia Clínica se considere provisionalmente extraviada, se iniciará un expediente de extravío de la misma a cargo del Servicio de Documentación Clínica, en el que se intentará determinar las causas que motivaron su pérdida. Dicho expediente como mínimo deberá reunir los siguientes requisitos:
 - Realización de búsqueda especial de la HC en las dependencias de Databox.
 - Notificación y búsqueda en la última unidad que utilizó la HC.
 - Búsqueda de la Historia Clínica en todos los Servicios en los que se conozca que haya recibido asistencia el paciente.
- 3.- Una vez cumplimentado el expediente se comunicará el extravío provisional de la HC a la Dirección Médica del Centro, Jefes de Servicio responsables en la actualidad de la asistencia al paciente y al responsable jerárquico del operario causante de la pérdida.
- 4.- Rebasado el período de tres meses sin localizar la Historia Clínica, ésta se considerará definitivamente extraviada y se realizarán las siguientes actuaciones:
 - En el Archivo de Historias Clínicas se confeccionará una nueva carpeta de Historia Clínica, en la que se señalará que es una Historia Clínica extraviada, con su correspondiente fecha de pérdida.
 - El programa RECONSTRUCCION HC elabora un informe que contiene toda la información clínica conservada en las bases de datos de Mapper, excepto la relativa a laboratorios y farmacia. Es decir, dicho informe muestra una relación de todos los episodios asistenciales del paciente, seguido de los informes de alta, informes médicos, informes de pruebas complementarias (endoscopias), informes del servicio de radiodiagnóstico y los de anatomía patológica.

- Además se contactará con los servicios en que haya estado ingresado el paciente en caso de que puedan proporcionar otros informes. Es el caso de Cirugía Cardíaca, cuyos informes quirúrgicos se graban en un ordenador del servicio, o de Cardiología, donde es posible recuperar los informes de cateterismos.
- Se contactará también con el Servicio de Radiodiagnóstico al objeto de obtener copias de sus exploraciones, y con cualquier otro Servicio que pueda tener información de exploraciones cuyos informes ó resultados no se encuentren en las bases de datos del sistema Mapper.