



CODIGO: HSC - REG - 03
CARACTERISTICA : REG 1.2

Protocolo Estandarización
de Registros Clínicos

Versión: 02
Vigencia: 5 años
Fecha Aprobación:
Febrero 2016
Fecha Vigencia: Febrero
2021

PROTOCOLO ESTANDARIZACIÓN DE REGISTROS CLÍNICOS

	NOMBRE	FECHA	FIRMA
Elaborado Por:	Joann Donoso Lemus Jefe Unidad de Análisis Clínico GRD	Febrero 2016	
Revisado Por:	Sandra Fuenzalida Gaete Encargada Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	Febrero 2016	
Aprobado Por:	Leticia Solís Valenzuela Directora Hospital de Santa Cruz	Febrero 2016	

Nota: Los documentos exhibidos en formato impreso son documentos controlados.

	CODIGO: HSC - REG - 03	Versión: 02
	CARACTERISTICA : REG 1.2	Vigencia: 5 años
	Protocolo Estandarización de Registros Clínicos	Fecha Aprobación: Febrero 2016 Fecha Vigencia: Febrero 2021

1.- OBJETIVOS

Estandarizar los registros clínicos mínimos que debe contener la Ficha Clínica en el Hospital Santa Cruz, permitiendo una atención segura y facilitando una atención integrada y coordinada en beneficio del paciente.

2.- ALCANCE

A todos los profesionales médico y no médico, técnicos y administrativos que participan en la atención de salud del paciente tanto en el Servicio de Pabellón Quirúrgico, UTI Adultos, Medicina Quirúrgico, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Consulta Ambulatorias, Urgencia Adulto Pediátrica y Urgencia Maternal del Hospital Santa Cruz.

3.- RESPONSABLES

De la Aplicación: Los profesionales médicos, no médicos, técnicos y administrativos que participen de la atención de salud.

De la Supervisión: Jefes de Servicio de Pabellón Quirúrgico, UTI Adultos, Médico Quirúrgico, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Consulta Ambulatorias, Urgencia Adulto Pediátrica y Urgencia Maternal, Supervisores y encargados.

En el caso de internos de carreras de la salud, pertenecientes a Universidades o Institutos Profesionales en convenio con el Hospital. (Ej.: Medicina, Enfermería, Técnicos Superiores de Enfermería, etc.), podrán registrar en la Historia Clínica siempre supervisados por un tutor, quien deberá firmar el registro.

4.- DEFINICIONES

- **FICHA CLÍNICA:** Documento único, que debe reunir en forma ordenada toda la información que concierne a la salud del paciente, su evolución y las atenciones recibidas en el Establecimiento.
- **LEGIBILIDAD:** Capacidad o posibilidad de ser leído por su claridad.
- **MÉDICO TRATANTE:** Médico responsable de la atención y manejo integral del paciente durante su período de hospitalización.
- **MÉDICO RESIDENTE:** Médico encargado de la atención y manejo del paciente durante su período de turno. Su función se focaliza fundamentalmente en cumplir labores de ingreso, manejo de pacientes inestables o que requieran de evaluación o traslado.

- **INGRESO MÉDICO:** Documento que es elaborado por el médico residente al ingresar un paciente a hospitalización.
- **PROTOCOLO OPERATORIO:** Documento fundamental de constancia del procedimiento quirúrgico realizado. Los datos registrados serán la memoria de los cirujanos participantes en la operación y el conocimiento de otros médicos tratantes del paciente en el futuro inmediato o lejano.
- **PROTOCOLO DE ANESTESIA:** Documento fundamental de constancia del acto anestésico realizados. Los datos registrados dan cuenta del tipo de anestesia recibido, fármacos usados y comportamiento hemodinámico del paciente durante la anestesia.
- **EVOLUCIÓN DIARIA DE PACIENTE HOSPITALIZADO:** Es la evolución clínica diaria del paciente, realizada por médico, TENS y enfermera y/o matrona.
- **EPICRISIS:** Informe elaborado al alta del paciente y resume la atención de este en el Servicio de Hospitalización Indiferenciada.
- **INTERCONSULTA:** Formulario que se utiliza para derivar a un paciente con otro profesional que posea alguna especialidad, dentro de la Red de derivación.
- **HOJA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:** Registro de las atenciones de enfermería durante hospitalización del paciente.
- **ATENCIÓN DE URGENCIA:** Registro de la atención que incluye la atención médica y de enfermería, medicamentos administrados, procedimientos e indicaciones.
- **DATO DE ATENCIÓN DE URGENCIA (DAU):** Documento donde se registra la atención realizada en el Servicio de Urgencia.
- **TRIAGE:** Sistema nacional de categorización de pacientes según gravedad clínica en el Servicio de Urgencia.

5.- DESARROLLO

Los documentos que contiene la historia clínica son de gran valor para el paciente, el equipo clínico y la institución, donde debe estar registrada la información para todos los procesos de la asistencia en salud, permitiendo mantener continuidad en la atención y evaluar la calidad de los servicios prestados.

Además de este carácter asistencial, son documentos oficiales y de carácter legal, que deben cumplir con estándares de calidad bien definidos.

Todos los registros, deben cumplir con los siguientes criterios:

- Letra clara y legible.
- Lápiz no susceptible a borrarse, sólo de tinta o pasta.
- Sin uso de abreviaturas.
- En caso de haber algún error en lo registrado, tacharlo y no usar lápiz corrector.

5.1 REGISTROS CLÍNICOS, RESPONSABLES Y CONTENIDOS MINIMOS

A continuación se describe mediante una tabla los responsables de los registros clínicos y sus contenidos mínimos:

*** Los contenidos mínimos a registrar evaluados en nuestro Establecimiento se encuentran destacados en negrita y cursiva.**

REGISTRO CLÍNICO	CONTENIDOS MINIMOS A REGISTRAR	RESPONSABLE
Ingreso Médico	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del paciente: Nombre y Apellidos, RUN, edad, N° Historia Clínica. • Antecedentes mórbidos, quirúrgicos y alergias. • Anamnesis. • Examen físico completo con examen cardiopulmonar. • Hipótesis diagnóstica. • Indicaciones médicas y Plan de tratamiento. • Nombre y Apellidos y firma del Médico. 	Médico residente o médico tratante.



CODIGO: HSC - REG - 03

CARACTERISTICA : REG 1.2

Protocolo Estandarización
de Registros Clínicos

Versión: 02

Vigencia: 5 años

Fecha Aprobación:
Febrero 2016

Fecha Vigencia: Febrero
2021

<p>Protocolo Operatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha. • N° historia clínica. • Nombre y dos apellidos, edad y RUN del paciente. • Identificación del Equipo quirúrgico: Cirujano, ayudante, arsenalera y anestesista. • Diagnóstico preoperatorio. • Diagnóstico postoperatorio. • Intervención Quirúrgica (Operación). • Descripción Operatoria. • Recuento de compresas y gasas. • Tiempo operatorio. • Firma y nombre del Cirujano. 	<p><i>Médico Cirujano tratante (primer cirujano).</i></p>
<p>Protocolo de Anestesia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha. • Nombre y apellidos, RUT y edad del paciente. • Diagnóstico. • Cirugía. • Identificación del Anestesiista. • Identificación de Cirujanos. • Medicamentos Administrados. • Fluidos Administrados. • Agentes Inhalatorios. • Horas (pulso, PA, Anestesia, Operación, PAM, posición, Saturación). • Chequeo de máquinas y equipamiento. • Tipo de Anestesia y comentarios. 	<p><i>Médico Anestesiólogo del acto quirúrgico.</i></p>
<p>Evolución diaria del paciente hospitalizado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha. • Anamnesis reciente (cuando corresponda). • Examen físico (cuando corresponda). • Resultado de exámenes de laboratorio o imágenes (cuando corresponda). • Diagnóstico actualizado (cuando corresponda). • Indicaciones y plan de manejo. • Nombre y Firma de profesional. 	<p><i>Médico tratante, Kinesiólogos, Matronas.</i></p>



CODIGO: HSC - REG - 03

CARACTERISTICA : REG 1.2

Protocolo Estandarización
de Registros Clínicos

Versión: 02

Vigencia: 5 años

Fecha Aprobación:
Febrero 2016

Fecha Vigencia: Febrero
2021

<p>Epicrisis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del paciente: Nombre y Apellidos, RUN, edad, N° de Ficha Clínica. • Fecha de ingreso y egreso de Hospitalización. • Diagnóstico de ingreso y diagnóstico de egreso. • Evolución. • Indicaciones médicas al alta. • Referencia a especialidades (cuando lo requiera). • Nombre y Apellidos y firma del Médico. 	<p><i>Médico tratante o médico residente.</i></p>
<p>Consultas Ambulatorias Profesionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha. • Antecedentes mórbidos, quirúrgicos, alergias (cuando corresponda). • Anamnesis y examen físico (cuando corresponda). • Hipótesis diagnóstica. • Registro de resultados de exámenes solicitados (cuando corresponda). • Procedimientos realizados (cuando corresponda). • Indicaciones médicas. • Registrar interconsulta si corresponde. • Exámenes solicitados (cuando corresponda). • Nombre y Firma del profesional tratante. 	<p><i>Profesional médico y no médico (que atiende el paciente).</i></p>
<p>Interconsultas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del paciente: Nombre y Apellidos, RUN, fecha de nacimiento, edad. • Establecimiento Interconsultor y Especialidad. • Hipótesis diagnóstica. • Fundamentos y exámenes (si amerita). • Nombre y Apellidos, RUN, firma de quien solicita la Interconsulta. 	<p><i>Profesional médico y no médico.</i></p>



CODIGO: HSC - REG - 03

CARACTERISTICA : REG 1.2

Protocolo Estandarización
de Registros Clínicos

Versión: 02

Vigencia: 5 años

Fecha Aprobación:
Febrero 2016

Fecha Vigencia: Febrero
2021

Atención de Urgencia (DAU)	Identificación del paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y Apellidos, • RUN o Número de Pasaporte, • Fecha de nacimiento, • Edad, • Sexo, • Previsión, • Domicilio y comuna, <p>En caso de pacientes en quienes se desconozca la identificación, quedará consignado como NN.</p> <p>Datos del ingreso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha y Hora de la consulta, • Motivo de consulta según el paciente, familiar o acompañante. 	Oficial Administrativo.
	<ul style="list-style-type: none"> • Hora. • Diagnóstico. • Indicaciones, procedimientos o derivaciones, cuando corresponda. • Nombre y Apellidos y firma del Profesional. 	Médico o Matrona.
	<ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales. • Categorización (Triage). • Tratamiento/s y/o procedimiento/s realizados. 	Técnico en enfermería o Enfermera.
	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos o procedimientos realizados. • Nombre y Apellidos y firma del Profesional. 	Enfermera o Matrona.
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del paciente (Nombre, edad, n° historia clínica), médico tratante, servicio de hospitalización, sala /cama, alergias, días hospitalización, días post cirugía, peso, talla, tipo de aislamiento, 	Enfermera, matrona y Técnico en Enfermería.
Hoja de atención de Enfermería		

	CODIGO: HSC - REG - 03	Versión: 02 Vigencia: 5 años Fecha Aprobación: Febrero 2016 Fecha Vigencia: Febrero 2021
	CARACTERISTICA : REG 1.2	
	Protocolo Estandarización de Registros Clínicos	

	advertencia de "no puncionar". <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de reposo. • Tipo de régimen. • Diagnóstico. • Puntaje de evaluación de riesgo de Caídas/UPP • Registro de signos vitales y otros parámetros. • Dispositivos: lugar anatómico y días. • Balance hídrico: ingresos y egresos. • Tratamiento: vía y horario. • Registro de Exámenes realizados. • Pendientes: Exámenes, trámites de traslado, solicitudes a familiares-. • Plan de Cuidados de Enfermería. • Evolución de enfermería: jornada diurna y nocturna, con registro de horas. • Nombre y firma. 	
--	---	--

*** Los contenidos mínimos a registrar evaluados en nuestro Establecimiento se encuentran destacados en negrita y cursiva.**

6.- REFERENCIAS

- Ley N° 20.285 vigente desde el 20 de abril del 2009 y que regula el principio de transparencia de la función pública y el derecho de acceso a la información de los Órganos del Estado, y que en su mecanismo de transparencia pasiva, dispone el acceso y la entrega de información incluida la de la salud, tratándose del afectado.
- Ley 18.469 en la modalidad de atención asistencial.
- Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada.
- Compendio de circulares interpretativas sobre las normas de acreditación para prestadores institucionales de salud.



CODIGO: HSC - REG - 03

CARACTERISTICA : REG 1.2

Protocolo Estandarización
de Registros Clínicos

Versión: 02

Vigencia: 5 años

Fecha Aprobación:
Febrero 2016

Fecha Vigencia: Febrero
2021

7.- DISTRIBUCION.

- Dirección Médica.
- Oficina de Calidad.
- Servicio de Urgencia Pediátrica y Adultos.
- Urgencia Maternal.
- Policlínico de Especialidades.
- Unidad de Tratamiento Intermedio Adultos.
- Servicio Médico Quirúrgico.
- Servicio de Maternidad y Ginecología.
- Servicio de Pediatría.
- Unidad Pabellones Quirúrgico.
- Servicio de Pensionado.

8.- INDICADORES

INDICADOR N°1	Porcentaje de Protocolos Operatorios confeccionados según protocolo.
RESPONSABLE	Médicos y Jefe de Servicio de Pabellón Quirúrgico.
OBJETIVO	Conocer el nivel de cumplimiento de Protocolos Operatorios confeccionados según protocolo.
FÓRMULA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Protocolos Operatorios evaluados que cumplen con el registro de los datos mínimos definidos en el Trimestre}}{\text{N}^\circ \text{ total de Protocolos Operatorios evaluados en el Trimestre}} \times 100$
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	$\geq 80\%$
PERIODICIDAD	Trimestral.
FUENTE DE INFORMACION	<i>Fuente Primaria:</i> Ficha Clínica. <i>Fuente Secundaria:</i> Pauta de cotejo.

INDICADOR N°2	Porcentaje de Epicrisis confeccionadas según protocolo.
RESPONSABLE	Médicos y Supervisores de Servicios de UTI Adulto, Médico Quirúrgico, Cirugía Adulto, Pediatría y Obstetricia y Ginecología.
OBJETIVO	Conocer el nivel de Cumplimiento de Registro de Epicrisis
FÓRMULA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Epicrisis que cumplen con el registro de los datos mínimos definidos en el Trimestre}}{\text{N}^\circ \text{ total de Epicrisis evaluados en el Trimestre}} \times 100$
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	$\geq 90\%$
PERIODICIDAD	Trimestral.
FUENTE DE INFORMACION	<i>Fuente Primaria:</i> Ficha Clínica. <i>Fuente Secundaria:</i> Pauta de cotejo.

INDICADOR N°3	Porcentaje de registro de consultas profesionales ambulatorias confeccionadas según protocolo.
RESPONSABLE	Médicos y Supervisores de Servicios.
OBJETIVO	Conocer el nivel de Cumplimiento de Registros de Consultas Ambulatorias según protocolo.
FÓRMULA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Consultas Profesionales Ambulatorias evolucionadas según protocolo en el periodo evaluado}}{\text{N}^\circ \text{ total de Consultas Profesionales Ambulatorias supervisadas en el periodo evaluado}} * 100$
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	$\geq 90\%$
PERIODICIDAD	Trimestral.
FUENTE DE INFORMACION	<u>Fuente Primaria:</u> Ficha Clínica. <u>Fuente Secundaria:</u> Pauta de cotejo.

INDICADOR N°4	Porcentaje de Dato de Atención de Urgencia confeccionados según protocolo.
RESPONSABLE	Médicos y Supervisores de Servicios de Urgencia.
OBJETIVO	Conocer el nivel de Cumplimiento del Registro de Atención de Urgencia
FÓRMULA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Datos de Atenciones de Urgencia evaluadas que cumplen con el registro de los datos mínimos definidos según protocolo en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ total de Datos de Atenciones de Urgencia evaluadas en el mes}} * 100$
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	$\geq 90\%$
PERIODICIDAD	Mensual.
FUENTE DE INFORMACION	<u>Fuente Primaria:</u> Dato de Atención de Urgencia (DAU). <u>Fuente Secundaria:</u> Pauta de cotejo.



CODIGO: HSC - REG - 03

CARACTERISTICA : REG 1.2

Protocolo Estandarización
de Registros Clínicos

Versión: 02

Vigencia: 5 años

Fecha Aprobación:
Febrero 2016

Fecha Vigencia: Febrero
2021

9.- REVISION Y CONTROL DE CAMBIOS

Revisión	Fecha	Cambios
Versión 1	Febrero 2016	Se establecen los datos mínimos a registrar. Se agrega las pautas de supervisión.

10.- ANEXOS: Pautas de Supervisión.



CODIGO: HSC - REG - 03
 CARACTERISTICA : REG 1.2

Protocolo Estandarización
 de Registros Clínicos

Versión: 02
 Vigencia: 5 años
 Fecha Aprobación:
 Febrero 2016
 Fecha Vigencia: Febrero
 2021



PAUTA DE SUPERVISIÓN PROTOCOLO OPERATORIO
 Registros Clínicos 1.2

Servicio: _____
 Nombre Evaluador: _____

Versión: 02
 Vigencia: 2016-2021

N°	*Fecha	PACIENTE	RUT	Fecha		Nombre, dos apellidos, edad y RUN del pcte		Equipo Quirúrgico: Cirujano, ayudante, arsenalera y anestesista.		Intervención Quirúrgica		Descripción Operatoria		Firma y Nombre del Cirujano		CUMPLE	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

* Fecha Intervención

Aplicadas:
 Cumplen:
 % Cumplimiento



CODIGO: HSC - REG - 03
 CARACTERISTICA : REG 1.2

Protocolo Estandarización
 de Registros Clínicos

Versión: 02
 Vigencia: 5 años
 Fecha Aprobación:
 Febrero 2016
 Fecha Vigencia: Febrero
 2021



PAUTA DE SUPERVISIÓN EPICRISIS
 Registros Clínicos 1.2

Servicio: _____
 Nombre Evaluador: _____
 Fecha de Evaluación: _____

Versión: 02
 Vigencia: 2016-2021

N°	*Fecha	PACIENTE	RUT	Nombre, dos apellidos, edad y RUN del pcte		Fecha de Egreso		Diagnóstico de Egreso		Evolución Médica		Indicaciones Médicas al Alta		Nombre y Apellidos Firma del Médico		CUMPLE	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

* Fecha de Egreso

Aplicadas:
 Cumplen:
 % Cumplimiento



CODIGO: HSC - REG - 03
 CARACTERISTICA : REG 1.2

Protocolo Estandarización
 de Registros Clínicos

Versión: 02
 Vigencia: 5 años
 Fecha Aprobación:
 Febrero 2016
 Fecha Vigencia: Febrero
 2021



PAUTA DE SUPERVISIÓN CONSULTAS AMBULATORIAS
Registros Clínicos 1.2

Servicio: _____
 Nombre Evaluador: _____
 Fecha de Evaluación: _____

Versión: 02
 Vigencia: 2016-2021

N°	*Fecha	PACIENTE	RUT	Fecha		Hipótesis Diagnóstica		Indicaciones Médicas		Nombre y Apellidos Firma del Médico		CUMPLE	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

* Fecha de
 Atención

Aplicadas:
 Cumplen:
 % Cumplimiento



CODIGO: HSC - REG - 03
 CARACTERISTICA : REG 1.2

Protocolo Estandarización
 de Registros Clínicos

Versión: 02
 Vigencia: 5 años
 Fecha Aprobación:
 Febrero 2016
 Fecha Vigencia: Febrero
 2021



PAUTA DE SUPERVISIÓN DATO DE URGENCIA
 Registros Clínicos 1.2

Servicio: _____
 Nombre Evaluador: _____
 Fecha de Evaluación: _____

Versión: 02
 Vigencia: 2016-2021

N°	*Fecha	PACIENTE	RUT	Nombre y apellidos, Rut, F de Nac, Edad, Sexo, Previsión, Dirección		Motivo de Consulta		Hora atención Médico/Matrona		Diagnóstico		Indicaciones		Nombre, apellidos y firma del Profesional		CUMPLE	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

* Fecha de Atención

Aplicadas:
 Cumplen:
 % Cumplimiento