





REGISTROS CLÍNICOS



Ficha Clínica: Es un documento sistematizado, confidencial que reúne toda la información concerniente a la salud de un paciente, su evolución y las atenciones recibidas. La que cuenta con registros manuales y/o electrónicos.


Registro Clínico: Son documentos de carácter institucional, correspondientes a todos los registros de la atención de los pacientes, efectuados por el equipo de salud, que deben mantenerse en la ficha clínica, ser efectuados con letra clara y legible.

Legibilidad: El registro debe ser claro, con lenguaje acorde y entendible.



Ingreso médico (Anexo 1): Es aquel documento formal de carácter médico legal, que busca establecer la información básica de un paciente que ingresa en un centro hospitalario; este documento contiene al menos: un conjunto mínimo básico de datos personales del paciente, antecedentes clínicos, historia reciente, la cual motiva el ingreso al centro hospitalario, examen físico, hipótesis diagnóstica y plan de tratamiento. Este documento puede ser manual o digital.


Protocolo Operatorio (Anexo 2): Es un elemento fundamental de la historia clínica de los pacientes asistidos en servicios quirúrgicos y su función primordial es la de servir como elemento de comunicación entre todos los integrantes de salud responsables de la atención de pacientes, tanto de aquellos involucrados durante la intervención como en la posterior atención ambulatoria o domiciliaria. Su lectura debe permitir el conocimiento acabado del procedimiento quirúrgico desarrollado así como de los hallazgos, técnica adoptada y eventuales dificultades, incidentes y/o complicaciones. Este documento es digital.



Protocolo de Anestesia (Anexo 3): Documento fundamental de constancia del acto anestésico realizado, tanto desde el punto de vista médico como legal. 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 (Anexo 4): Es la evolución clínica diaria y condiciones generales del paciente.

Epicrisis (Anexo 5): Documento resumido, ordenado cronológicamente y en forma completa de los antecedentes clínicos de un paciente durante el periodo de hospitalización, con el fin constituirse en un instrumento de consulta, comunicación e información al momento del alta, incluye la información correspondiente a las indicaciones al alta o egreso de los pacientes. Este documento puede ser manual o digital.



Registro de consultas profesionales ambulatorios (Anexo 6): Instrumento electrónico que registra en forma detallada y ordenada, Identificación del paciente y todos los datos relativos al estado clínico de este; Anamnesis, Examen físico, Indicaciones y atenciones recibidas durante su visita a Centro Medico de Clínica Mayor.

Interconsultas (Anexo 7): Instrumento de derivación o solicitud de evolución para un paciente, que contiene la información necesaria para el (los) destinatario o interlocutor. Registro que consigna respuesta de la solicitud en el reverso, por parte del interlocutor, quien además, eventualmente registra su evaluación en el mismo formulario.

Atención de urgencia (Anexo 8): Instrumento electrónico que registra en forma detallada y ordenada, todos los datos relativos al estado clínico, evolución y atenciones recibidas durante su estadía en el Servicio de Urgencia.

Hoja de atención de enfermería (Anexo 9):

Documento que forma parte de la Ficha Clínica, en el que se registra con frecuencia diaria todo el proceso de atención clínico del paciente hospitalizado. Contiene campos para cada uno de los integrantes del equipo de salud que participa en la atención de cuidados directos e indirectos del paciente hospitalizado. Cada formulario contempla los registros de las tareas de un periodo de 24 horas, siendo elaborado por cada integrante del equipo de salud que conforme una jornada de trabajo, hasta completar las 24 horas.

Responsables de llenado y contenidos mínimos a completar por cada registro:

Registros	Responsable de llenado	Contenidos mínimos
Ingreso Médico	Médico tratante	<ul style="list-style-type: none">• Identificación del paciente, antecedentes mórbidos, quirúrgicos, alergias• Anamnesis y examen físico• Hipótesis diagnóstica• Indicaciones médicas
Evolución diaria de paciente hospitalizado	El profesional Médico y no médico que participa en el proceso clínico asistencial de un paciente en forma directa.	<ul style="list-style-type: none">• Antecedentes clínicos como mínimo, examen físico, indicaciones y plan de intervención.• Este registro se realiza sin formato y de acuerdo a las características del autor.• Obligatoriamente se consigna hora, fecha y firma de quien realiza el registro.

Protocolo Operatorio	Médico Cirujano	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha • Nombre y edad paciente • Código de Cirugía • Equipo Quirúrgico • Descripción Operatoria • Firma Cirujano
Protocolo de Anestesia	Médico Anestesiólogo	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha • Nombre y edad paciente • Médico Cirujano • Médico Anestesista • Cirugía • #VVP, ubicación • Listado medicamentos administrados • Hora de inicio • Hora de término • Medición de Parámetros Vitales (FC, SATO₂,FR,PA), uno de ellos mínimo • Tipo de anestesia • Informe de complicaciones y/o eventos adversos, si corresponde

<p>Epicrisis</p>	<p>El profesional Médico que participa el proceso clínico asistencial de un paciente en forma directa durante el período de hospitalización, de preferencia Médico tratante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de identificación de paciente y Médico Tratante. • Procedimientos Realizados. • Diagnóstico de egreso • Indicaciones al alta.
<p>Registro de consultas profesionales ambulatorios</p>	<p>El profesional médico, profesionales no médicos y técnicos paramédicos que participa en el proceso clínico asistencial de un paciente en forma directa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del paciente, antecedentes mórbidos, quirúrgicos, alergias • Fecha • Anamnesis y examen físico • Hipótesis diagnóstica • Indicaciones médicas • Registrar interconsulta si corresponde • Exámenes solicitados

Interconsultas	<ul style="list-style-type: none">• Profesional Médico que participa el proceso clínico asistencial de un paciente en forma directa durante el período de hospitalización, de preferencia Médico tratante.	<ul style="list-style-type: none">• Inicia registro completo campo de identificación de paciente consignando n° de Ficha Clínica Registrar servicio de origen y servicio de destino del formulario de interconsulta• Hipótesis diagnósticas
	<ul style="list-style-type: none">• El profesional Médico o no medico (interconsultor) que responde a la solicitud	<ul style="list-style-type: none">• Cierra el documento firma y nombre del médico solicitante y fecha de la solicitud• En anverso del formulario se registra el resultado de la solicitud (evaluación) por parte del interconsultor.

Atención de Urgencia

- Profesional Médico en calidad de tratante, residente, interconsultor.

- Identificación completa del paciente
- Motivo de consulta
- Anamnesis (antecedentes mórbidos)
- Examen físico
- Registro de tratamiento a administrar / realizar en Servicio de Urgencia
- Especificación de exámenes solicitados
- Diagnóstico presuntivo
- Indicaciones al alta
- Identificación de Médico con firma / timbre

<p>Hoja de Atención de Enfermería:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional Médico (Tratante, Interconsultor, Médico residente de urgencia) • Enfermera/ Matrona clínica de servicio de hospitalizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del paciente (edad, alergias, diagnostico/cirugías, días hospitalizados, tipo de aislamiento, días de cirugía, médico tratante, nombre de familia
	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera de pabellón • Anestesiista • Técnico Paramédico correspondiente al área de hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> de contacto, fono familiar) • Indicaciones medicas • Indicaciones telefónicas, consignando nombre de médico, quien registra llamado, hora y fecha • Registro de n° de días de tratamiento • Horario de indicaciones medicas • Exámenes de laboratorio, Imagenología, interconsultas • Exámenes pendientes • Cuidados de enfermería • Registro de modelo de auto cuidado. • Registro de plan de cuidados de enfermería • Registro de protocolo de caídas • Registro de datos clínicos • Registro de peso y talla • #VVP, ubicación • Otros catéteres • Registro de signos vitales. • Balance Hídrico • Registro de evolución de enfermería