

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS TRANSVERSALES</b>			
	<b>INSTRUCTIVO</b>		<b>DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS</b>	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: <b>I-CE-TR-03</b>	Página: 1 de 4	Versión: 01

## DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS

### 1. CONSIDERACIONES GENERALES

La Historia Clínica (según Resolución 1995/99), es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

El registro de ordenes y formulas medicas esta reglado por el Decreto 2200 de 2005, nombre del medicamento, presentación, dosis, frecuencia de administración, vía, tiempo de tratamiento y cantidad de medicamento.

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma **CLARA, LEGIBLE, SIN TACHONES, ENMENDADURAS, INTERCALACIONES, SIN DEJAR ESPACIOS EN BLANCO Y SIN UTILIZAR SIGLAS.**

**CADA ANOTACIÓN DEBE LLEVAR LA FECHA Y HORA EN QUE SE REALIZA, CON EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL AUTOR DE LA MISMA.**

### 2. REGISTRO GENERAL DE LA HISTORIA CLINICA

#### **Régimen de afiliación:**

Se refiere al régimen al cual pertenece el paciente (contributivo, subsidiado, población pobre y vulnerable o particular)

Incluye la siguiente información:

- Entidad
- Afiliado - Régimen Contributivo
- Beneficiario
- Otro

#### **Identificación de Historia Clínica:**

La identificación es la parte de la historia clínica (H.C) donde se registran los datos del paciente incluye:

- Apellidos y nombres
- No. de Historia Clínica (Corresponde al documento de identidad)
- Sexo
- Edad
- Datos residencia (paciente y/o del responsable)
- Procedencia
- Ocupación
- Estado civil
- Fecha
- Hora de atención
- En el campo acudiente se identifica el acompañante o responsable.

#### **Motivo de consulta:**

Se refiere a las principales quejas que informa el paciente consignando textualmente las palabras del mismo entre comillas por ejemplo "dolor en la boca del estómago".

**MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS TRANSVERSALES****INSTRUCTIVO****DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS**Levantamiento:  
Agosto de 2010Aprobación:  
Octubre de 2010Código:  
**I-CE-TR-03**Página:  
2 de 4Versión:  
01**Enfermedad actual:**

Hace referencia a la queja principal teniendo en cuenta el momento en que aparecieron los síntomas, su manera de aparición y la forma como han evolucionado. Consiste en la descripción cronológica de la historia de la enfermedad. Si presenta dolor debe describirse su localización, duración, irradiación, frecuencia de aparición y fenómenos asociados los factores o medicamentos que lo alivien o agravan.

**Revisión por sistemas:**

Se refiere al funcionamiento de otros órganos y sistemas (especialmente sobre aquellos a que el paciente no hizo referencia al narrar su enfermedad actual). Esta revisión proporciona una visión global sobre la salud general del paciente, puede suministrar claves adicionales o poner en evidencia otras enfermedades o defectos no relacionados con la enfermedad actual pero que justifican investigación o atención especial.

Se registra así:

- Organos de los sentidos
- Cardiovascular
- Gastrointestinal
- Musculoesqueletico
- Neurológico
- Genitourinaria
- Piel y fanelas

**Antecedentes personales:**

Se debe registrar información referente al pasado del paciente, anotando los hallazgos positivos y los que no se presenten se anotarán como negativos.

- Adultos:

Patológicos, hospitalarios, toxicoalérgicos, traumáticos, transfusionales, farmacológicos, venéreos, quirúrgicos.

Ginecoobstetricos: Formula obstétrica, Edad gestacional, Formula probable de parto, Fecha de la ultima regla, ciclos menstruales, menarquia, menopausia, planificación, método, actividad sexual.

- Perinatales: antecedentes de la gestación (edad gestación al momento del parto, patologías asociadas con la gestación y el parto), peso al nacer, talla al nacer, APGAR, inmunizaciones, desarrollo psicomotor, lactancia materna e inicio de la complementaria; estos antecedentes se aplican a la historia clínica de pediatría.

**Antecedentes familiares:**

Se refiere al estado de salud del padre, madre, hermanos, abuelos. Presencia de enfermedades con tendencia familiar o hereditaria.

ES DE ANOTAR QUE LOS ÍTEMS DE ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES SE DEBEN REINTERROGAR CUANDO EL PACIENTE LLEVE 6 MESES SIN ASISTIR A CONSULTA.

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS TRANSVERSALES</b>			
	<b>INSTRUCTIVO</b>		<b>DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS</b>	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: <b>I-CE-TR-03</b>	Página: 3 de 4	Versión: 01

### **Signos Vitales:**

- Adulto: Se refiere al registro de tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, peso, talla e índice de masa corporal.
- Niños: Se refiere al registro de frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, peso, talla. Para pacientes menores de un (1) año adicionalmente perímetro cefálico, perímetro torácico.

### **Examen físico:**

Se anotarán los hallazgos positivos al realizar el examen físico, marcando la casilla correspondiente a anormal, realizando la descripción de los hallazgos pertinentes. En caso de que los mismos sean negativos se registraran en la casilla correspondiente a normal. Y en caso de que no se revisen se registra como no explorado.

General (Hace referencia a la apariencia general del paciente), piel y fanelas, cabeza y cuello, otorrinolaringológico, cardiopulmonar, abdomen, genitourinario, extremidades, neurológico,

En el examen físico se registra el análisis de los paraclínicos realizados al paciente con la descripción.

### **Impresión diagnóstica:**

**Se refiere al registro del diagnóstico de la enfermedad ó enfermedades escogidas en orden de prioridades; los que ocupen los primeros lugares serán aquellos que implican mayor urgencia de manejo o los que correspondan a la(s) enfermedad(es) de fondo que afectan al paciente.**

### **Plan**

Debe registrarse las distintas clases de tratamiento como pueden ser: farmacológico, dietético, profiláctico y de rehabilitación. Es de anotar que el actual modelo de atención en salud, está basado en la promoción y prevención de la enfermedad; lo que implica la educación en salud por parte del médico hacia el paciente en todos los factores de riesgo que intervienen en la presentación de su enfermedad. Por esto deben anotarse todas las recomendaciones hechas sobre disminución de factores de riesgos para su enfermedad, signos de alarma, hábitos de nutrición, ejercicio, controles periódicos, medidas profilácticas y de prevención prestados por la ESE.

Terapéutico: registro de medicamentos (Nombre del medicamento, presentación, dosis, vía de administración, frecuencia, cantidad a tomar y tiempo del tratamiento).

Recomendaciones generales: corresponde a las indicaciones sobre estilo de vida, signos de alarma, observaciones, etc.

Solicitud de exámenes paraclínicos: Se refiere a la solicitud de ayudas diagnósticas con el fin de confirmar una impresión diagnóstica, esto en la historia clínica de primera vez. Cuando se trate de historia de control se deben anotar el resultado de los mismos, especificando la fecha en que fueron tomados y/o la necesidad de solicitarlos en caso de no haberlo hecho o para confirmar la impresión diagnóstica.

### **Nombre, registro médico y firma del profesional:**

Se refiere al nombre claro y legible del profesional que elaboró la historia clínica, el cual debe aparecer al final del documento. Con relación al registro médico profesional, hace alusión al código

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS TRANSVERSALES</b>			
	<b>INSTRUCTIVO</b>		<b>DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS</b>	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: <b>I-CE-TR-03</b>	Página: 4 de 4	Versión: 01

de identificación el cual debe anotarse junto a la firma. Puede utilizar sello para aclarar el nombre del profesional.

**Legibilidad de Historia Clínica:**

Hace referencia a la claridad de la letra del profesional para el diligenciamiento de la historia clínica y el registro de la información en los formatos de registro estadístico; lo anterior independiente de que estén escritos a máquina, computador ó a mano.

**3. HISTORIA DE CONTROL**

Los registros de la Historia Clínica de control son los mismos que la Historia de primera vez, excepto los antecedentes personales y familiares.

En cuanto a exámenes paraclínicos, cuando se trate de historia de control se debe anotar el resultado de los mismos, especificando la fecha en que fueron tomados y/o la necesidad de solicitarlos en caso de no haberlo hecho o para confirmar la impresión diagnóstica.

Cuando el paciente lleve seis (6) meses sin acudir a consulta, la Historia Clínica deberá diligenciarse como sí fuera de primera vez.