

	PROTOCOLO DE HISTORIAS CLINICAS	Código	OP-PM-PT-01
		Versión	03
		Fecha de versión	06/07/2019
		Página 1 de 9	

1. OBJETIVO

Establecer las directrices para el manejo de las historias clínicas de los participantes del Programa Fundadores de Vida, con el fin de garantizar su custodia y conservación de según la normatividad.

2. ALCANCE

Este protocolo aplica para el manejo de Historias Clínicas del Programa Fundadores de Vida. Inicia con el proceso su apertura y define el manejo, archivo y custodia de las historias clínicas. Este protocolo a su vez, está dirigido a los profesionales del programa Fundadores de Vida, para que identifiquen, conozcan y actualicen las historias clínicas de los participantes si así se requiere.

3. DEFINICIONES

- ✓ **HISTORIA CLÍNICA:** Documento médico-legal que surge del contacto entre los diferentes profesionales y el paciente donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes.
- ✓ **CUSTODIA:** Es un término que tiene su origen en el vocablo latino *custodia*. Se trata de la acción y efecto de custodiar (guardar con cuidado y vigilancia).
- ✓ **ESTADO DE SALUD:** El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
- ✓ **EQUIPO DE SALUD:** Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.
- ✓ **HISTORIA CLÍNICA PARA EFECTOS ARCHIVÍSTICOS:** Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.
- ✓ **ARCHIVO DE GESTIÓN:** Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Participantes activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Cargo: Coordinador de Programa	Cargo: Coordinador de programa	Cargo: Director
Fecha: 03/12/2014	Fecha: 07/11/2017	Fecha: 06/07/2019

	PROTOCOLO DE HISTORIAS CLINICAS	Código	OP-PM-PT-01
		Versión	03
		Fecha de versión	06/07/2019
		Página 2 de 9	

- ✓ **ARCHIVO CENTRAL:** Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Participantes que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.
- ✓ **ARCHIVO HISTÓRICO:** Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

4. GENERALIDADES

- ✓ La Historia Clínica se encuentra sustentada y reglamentada en la normatividad vigente y elaborada de acuerdo con los parámetros generales previstos en la misma, con los contenidos mínimos requeridos y con los demás adicionales que son pertinentes y de utilidad para la atención integral de las personas mayores pertenecientes al Programa FunDADORES DE VIDA.
- ✓ La normatividad de referencia es la Resolución N° 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Por la naturaleza de nuestra intervención y por los consentimientos informados se referencia de la Resolución N° 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
- ✓ Todos los participantes del Programa FunDADORES DE VIDA tienen historia clínica.
- ✓ Toda atención de primera vez a una persona mayor debe incluir el proceso de apertura de historia clínica (Ver Protocolo de Ingreso).

4.1 DIRECTIVAS INTERNAS SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA

- ✓ **HISTORIA CLÍNICA ÚNICA:** En cumplimiento de la normatividad vigente, en el programa Fundadores de Vida de la Fundación Niño Jesús, se adoptan los formatos establecidos en este protocolo como la HISTORIA CLÍNICA ÚNICA que se utilizará para la atención de las personas mayores por parte de todos y cada uno de los profesionales de la institución.
- ✓ **OBLIGATORIEDAD DE LA APERTURA DE HISTORIA CLÍNICA:** A todo afiliado atendido por primera vez en el programa Fundadores de Vida de la Fundación Niño Jesús, se le realizará el proceso de apertura de Historia Clínica (No aplica para grupos itinerantes).

	PROTOCOLO DE HISTORIAS CLINICAS	Código	OP-PM-PT-01
		Versión	03
		Fecha de versión	06/07/2019
		Página 3 de 9	

- ✓ **OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO:** “Los profesionales que intervienen directamente en la atención, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas” con ocasión de la prestación de los servicios de la institución. Para cada una de las atenciones realizadas a las personas mayores debe registrarse en la historia clínica las acciones realizadas, los hallazgos, las observaciones, las recomendaciones y todas las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios, registrando la fecha y la hora de la atención.
- ✓ **CALIDAD DE LOS REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA:** “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 la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma”.
- ✓ **CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA:** Aunque en este Protocolo se establecen los flujos y manejos de entrada y salida de la Historia Clínica del archivo y las personas responsables de los mismos, debido al carácter confidencial y de reserva de la Historia Clínica, todo el personal asistencial y administrativo de la institución relacionado con el manejo y tráfico de la Historia Clínica debe velar por su custodia y conservación.

4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

En coherencia con la normatividad vigente, en el programa Fundadores de Vida de la Fundación Niño Jesús, se establece que las características básicas de la Historia Clínica son:

- ✓ **INTEGRALIDAD:** Hace referencia a las valoraciones aportadas por los profesionales y los documentos entregados por parte de los participantes, con el fin de que la historia clínica este completa y actualizada. Por lo tanto reunirá la información concerniente a los aspectos científicos, técnicos y administrativos de la atención integral a nivel biológico, psicológico, social, ambiental y/o espiritual, considerando a la persona mayor integralmente y las interrelaciones con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- ✓ **SECUENCIALIDAD:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención.
- ✓ **RACIONALIDAD CIENTÍFICA:** Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas al paciente de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de sus condiciones de salud, diagnóstico y plan de manejo.

	PROTOCOLO DE HISTORIAS CLINICAS	Código	OP-PM-PT-01
		Versión	03
		Fecha de versión	06/07/2019
		Página 4 de 9	

- ✓ **DISPONIBILIDAD:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- ✓ **OPORTUNIDAD:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

5. RESPONSABILIDAD

5.1 COORDINADOR DEL PROGRAMA Y PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL

Encargados de realizar el proceso de matrícula y recepción de documentos de las personas mayores y posteriormente abrir su historia clínica y archivarla en el sitio correspondiente.

5.2 EQUIPO PROFESIONAL

Son los encargados de anexar las valoraciones y actualizaciones de cada área y posteriormente dejarla en el archivador de las historias clínicas.

6. DESARROLLO

La Historia Clínica en el Programa Fundadores de Vida es un documento que se inicia con la ficha de inscripción y visita domiciliaria, posteriormente se realizan las valoraciones desde las diferentes áreas de intervención, donde se registra la evolución cronológica de la atención e intervención con la persona mayor y se va construyendo a través del tiempo documentando los aspectos de la relación institución-participante.

1. Trabajo social recibe la documentación completa de inscripción.
 2. Coordinación y/o Trabajo social, realizan la apertura de la Historia Clínica, con la documentación obtenida, llenando el formato Ficha de Inscripción, el Consentimiento Informado y se programa visita domiciliaria para el diligenciamiento de la Historia Social.
 3. Se realiza la apertura de la historia clínica (carpeta, gancho, membrete) e ingresa la documentación.
 4. Coordinación registra información básica en las bases de datos:
 - ✓ Base de datos beneficiarios activos
 5. Se archiva la carpeta en el archivador correspondiente (Activo).
 6. Los profesionales realizan las valoraciones de ingreso y van archivando cronológicamente, en dicha carpeta todos los formatos y seguimientos.
 7. Cuando el participante solicita el egreso o retiro del programa, o por fallecimiento, trabajo social envía la carpeta al archivo inactivo e informa al área de coordinación para actualizar las bases de datos.
- ✓ Base de datos beneficiarios activos

	PROTOCOLO DE HISTORIAS CLINICAS	Código	OP-PM-PT-01
		Versión	03
		Fecha de versión	06/07/2019
		Página 5 de 9	

- ✓ Base de datos beneficiarios inactivos

6.1 CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Los registros asistenciales se encuentran debidamente foliados y organizados de la siguiente manera:

- ✓ FICHA DE INSCRIPCIÓN
- ✓ CONSENTIMIENTO INFORMADO
- ✓ DOCUMENTACIÓN REQUERIDA: fotocopia de la cédula de ciudadanía del participante, fotocopia del carné de salud, fotocopia del FOSYGA o comprobador de derechos, fotocopia de la cédula de ciudadanía del acudiente, fotocopia de recibo público (Energía y/o Acueducto), resumen de la historia clínica de la EPS o EPS-S, fotocopia de fórmulas medicas de la EPS o EPS-S, exámenes clínicos y paraclínicos de la EPS o EPS-S según el caso.
- ✓ FORMATO SUBSIDIO Y/O APADRINAMIENTO (según el caso).
- ✓ VALORACION DE OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA Y ENTREGA DE AYUDAS TECNICAS (según el caso).
- ✓ VALORACION INICIAL (personas que iniciaron año 2011).
- ✓ VALORACION TRABAJO SOCIAL (HISTORIA SOCIAL)
- ✓ VALORACION PSICOLOGIA
- ✓ VALORACION GERONTOLOGIA
- ✓ VALORACION PRODUCTIVIDAD
- ✓ VALORACION NUTRICION
- ✓ VALORACION FISIOTERAPIA (años 2011 – 2016)
- ✓ INTERVENCIÓN POR ENFERMERÍA FORMACION UDCA
- ✓ HOJA DE EVOLUCION
- ✓ SEGUIMIENTO Y EGRESO

Las valoraciones son diligenciadas y conservadas sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.

Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.

6.2 ARCHIVO

Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y foliadas con un rotulo, el cual da información clara y precisa.

Cada Historia Clínica se archiva en carpetas con su respectivo gancho legajador y se identifica con el número de la cédula de ciudadanía y/o documento de extranjería del participante.

	PROTOCOLO DE HISTORIAS CLINICAS	Código	OP-PM-PT-01
		Versión	03
		Fecha de versión	06/07/2019
		Página 6 de 9	

Se clasifican por orden numérico de menor a mayor según cédula de ciudadanía.

Al momento de sacar alguna de las historias clínicas del archivo activo, debe registrarse en el **Control de Historias Clínicas OP-PM-FT-34**. (Los estudiantes de prácticas que tengan contacto con las Historias Clínicas, su manejo debe ser supervisado por la coordinación del programa y/o el equipo interdisciplinar y el docente de prácticas, además se tendrá designado mensualmente un profesional y/o con apoyo del área de coordinación, para realizar control a través de una herramienta, al diligenciamiento del formato de **Control de Historias Clínicas OP-PM-FT-34**.

Las historias clínicas no pueden ser sacadas de la institución.

6.3 CLASIFICACIÓN DE ARCHIVOS

Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas:

- ✓ Se cuenta con un Archivo Activo, que es aquel donde reposan los documentos solicitados en su inscripción (Ver Protocolo de Ingreso - Requisitos). Este archivo son las personas mayores activas o esporádicos, estas historias clínicas están ubicadas en un archivador en la oficina de coordinación
- ✓ Se cuenta con un Archivo Inactivo que son los afiliados que solicitaron el egreso al programa, los participantes que fallecieron y/o los que no volvieron a la Fundación por más de seis meses, clasificados por orden numérico de menor a mayor según cédula de ciudadanía, estas historias clínicas están situadas en un archivador ubicado en el primer piso.

6.4 RETENCION Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN: Modificado por el art. 2 resolución del Min de Protección 1715 de 2005. Resolución 1995 de 1999, modificado por resolución 839 de 2017.

- ✓ La Historia Clínica debe conservarse por un periodo de 15 años contados a partir de la fecha de la última atención y colocarla en el archivo inactivo.
- ✓ Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

6.5 BASE DE DATOS

Toda la información es sistematizada por trabajo social, en base de datos que contiene toda la información general y personal completa y caracterización de la población, se registran en:

	PROTOCOLO DE HISTORIAS CLINICAS	Código	OP-PM-PT-01
		Versión	03
		Fecha de versión	06/07/2019
		Página 7 de 9	

- ✓ **BASE DE DATOS INACTIVOS:** Contiene la información de todos los participantes que se han retirado del programa sea por mutuo acuerdo, por calamidades personales y/o familiares y los que han fallecido. Este archivo da la información precisa de cuanta población se han retirado del programa.
- ✓ **BASE DE DATOS ACTIVOS:** Contiene información relacionada, de los participantes que se encuentran activos y/o vigentes en el programa. Este archivo da la información precisa de cuanta población se encuentra recibiendo los servicios de la fundación.

DOCUMENTO
CONTROLADO

7. DIAGRAMA DE FLUJO

ACTIVIDAD	DESCRIPCION
	<p>1. Se hace el proceso de matrícula en presencia del participante y su acudiente. Responsable: Profesional en trabajo social o coordinador del programa.</p>
	<p>2. Se procede a llenar la ficha de inscripción OP-PM-FT-17 la cual se encuentra disponible en el Dropbox. Responsable: Profesional en trabajo social o coordinador del programa.</p>
	<p>3. Se adjuntan los documentos del participante a la historia: fotocopia de la cedula, del carné de salud, del recibo de luz y/o agua, ultima formula médica y resumen de historia clínica. Responsable: Profesional en trabajo social o coordinador del programa.</p>
	<p>4. Se adjuntan a la historia la fotocopia de la cedula del acudiente. Responsable: Profesional en trabajo social o coordinador del programa.</p>
	<p>5. Se le informa al participante y al acudiente el manual de convivencia y se le explica el funcionamiento del programa en el formato OP-PM-FT-18 el cual se encuentra disponible en el Dropbox. Responsable: Profesional en trabajo social o coordinador del programa.</p>
	<p>6. Se diligencia la historia social OP-PM-FT-19 el cual se encuentra disponible en el Dropbox. Responsable: Profesional en trabajo social.</p>
	<p>7. Cada uno de los profesionales realiza la valoración de ingreso y es archivada en la Historia Clínica correspondiente. Responsables: Equipo interdisciplinar.</p>
	<p>8. Se hace el seguimiento desde cada área en el formato OP-PM-FT-06 según pertinencia. Responsables: Equipo interdisciplinar.</p>
	<p>9. Cuando el usuario solicita el egreso o retiro del programa, o por fallecimiento, trabajo social envía la carpeta al archivo inactivo y se diligencia el formato OP-PM-FT-20 Responsable: Profesional en trabajo social.</p>

	PROTOCOLO DE HISTORIAS CLINICAS	Código	OP-PM-PT-01
		Versión	03
		Fecha de versión	06/07/2019
		Página 9 de 9	

8. REGISTROS

- ✓ *OP-PM-FT-01*: Base de datos beneficiarios activos
- ✓ *OP-PM-FT-02*: Base de datos beneficiarios inactivos
- ✓ *OP-PM-FT-06*: Hoja de Evolución
- ✓ *OP-PM-FT-08*: Subsidio o Apadrinamiento
- ✓ *OP-PM-FT-09*: Valoración Fisioterapéutica
- ✓ *OP-PM-FT-10*: Valoración Integral a la Persona Mayor desde el Área de Gerontología
- ✓ *OP-PM-FT-11*: Valoración de Intereses Productivos y Lúdico –Recreativos
- ✓ *OP-PM-FT-12*: Valoración Psicológica
- ✓ *OP-PM-FT-17*: Ficha de Inscripción
- ✓ *OP-PM-FT-18*: Consentimiento Informado
- ✓ *OP-OM-FT-19*: Ficha de Historia Social
- ✓ *OP-OM-FT-20*: Seguimiento y Egreso
- ✓ *OP-PM-FT-34*: Control de Historias Clínicas

9. CONTROL DE CAMBIOS

ÍTEM	FECHA MODIFICACIÓN	DESCRIPCION MODIFICACIÓN	VERSIÓN
1	Enero 14 de 2015	Versión inicial sin cambios - Fecha de aprobación	01
2	Noviembre 09 de 2017	Se realizó cambios en el numeral 6.1 Archivo, donde se define que cada historia cuenta con rotulo y está debidamente foliada y en el numeral 6.4 contenido de la historia clínica donde se adiciona las evoluciones por enfermería en formación.	02
3	Julio 6 de 2019	Se actualizó la información referente a los documentos contenidos en la carpeta de historia clínica de cada participante y hacen parte de la ficha de folios.	03