

 <b>COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ DE MAIPO</b>  <b>SDM/ DIRECCIÓN</b>	<b>CODIFICACIÓN: REG 1.1</b>		<b>Vigencia: 5 AÑOS.</b>
	<b>MANEJO DE FICHA CLÍNICA UNICA E INDIVIDUAL</b>		<b>Fecha Aprobación: ABRIL 2019</b> <b>Fecha término Vigencia: ABRIL 2024</b>
	<b>VERSIÓN: 05</b>	<b>PÁG: 1 - 16</b>	<b>UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>



## MANEJO DE FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL

	Nombre	Fechas	Cargo	Firma
<b>Elaborado por</b>	Víctor Conejeros González	Abril 2019	Jefe de CRAC del CHSJ	
	Carlos Carrasco Bracamonte		Unidad de Control de Gestión del CHSJ	
<b>Revisado por</b>	Nayarette Rubio Cofre	Abril 2019	EU Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente CHSJ	
	Dr. Manuel Portillo Barrera		Subdirector Médico CHSJ	
<b>Aprobado por</b>	Jaime Carvajal Yáñez	Abril 2019	Director (S) CHSJ	



## INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. DESARROLLO	3
2.1 OBJETIVO DEL PROTOCOLO	3
a) Objetivo general	3
b) Objetivos específicos:	3
2.2 RESPONSABLES	3
a) Ejecución:	3
b) De la aplicación:	4
c) De monitoreo:	4
2.3 CAMPOS DE APLICACIÓN:	5
2.4 ACTIVIDADES DEL PROCESO:	5
2.4.1 Consideraciones generales.	5
2.4.2 Antecedentes de Ficha Clínica.	6
2.4.3 Elaboración de Ficha Clínica.	7
2.4.4 Acceso a Ficha Clínica única electrónica.	8
2.4.5 Acceso a Ficha Clínica única en formato papel.	11
2.4.6 Procedimiento de vinculación.	11
2.4.7 Almacenamiento, mantención y protección de Ficha Clínica Soporte papel en Unidad de Inscripción y Archivo.	12
2.4.8 Almacenamiento, mantención y protección de Ficha Clínica Soporte electrónico.	12
2.4.9 Almacenamiento, mantención y protección de sistemas de información de los servicios de apoyo.	13
3. DEFINICIONES:	13
5. DOCUMENTOS RELACIONADOS:	14
6. REGISTROS:	14
7. DISTRIBUCION Y DIFUSION:	15
8. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO:	15
9. ANEXOS	16

## 1. INTRODUCCIÓN

La Ficha Clínica es un documento único e individual, independiente que la atención se reciba en la Atención Abierta o Cerrada del Complejo Hospitalario San José de Maipo. Para ello, se ha confeccionado en la institución un protocolo de asignación de la Ficha Clínica del paciente que asegura la individualidad, la unicidad, la confidencialidad y su buen manejo. Esta ficha clínica puede estar tanto en soporte papel como electrónico.

La Institución, en su proceso de mejora continua, desde el segundo semestre del año 2017, ha comenzado con las gestiones de automatizar los procesos de Ficha Clínica Electrónica con Empresa Rayen Salud en Centro de Responsabilidad Atención Cerrada, normando así, cómo debe acceder el personal clínico a los distintos formatos; sosteniendo la vinculación de ellos y el resguardo de mantención y conservación como mínimo por 15 años después de la última atención registrada.

## 2. DESARROLLO

### 2.1 OBJETIVO DEL PROTOCOLO

#### a) Objetivo general

- Describir en un documento de carácter institucional la existencia de ficha clínica única e individual y su manejo.

#### b) Objetivos específicos:

- Establecer las normas básicas que aseguren la existencia de una Ficha Clínica Única e Individual
- Establecer criterios comunes para el manejo y confidencialidad de la información contenida en la ficha clínica.

### 2.2 RESPONSABLES

#### a) Ejecución:

- **Jefe de Servicios Clínicos y Administrativos del CHSJM:**  
el Jefe de cada servicio clínico o administrativo, deberá instruir



a su personal sobre las normas contenidas en el presente documento, así como de las responsabilidades que les cabe a cada uno de ellos en el manejo de la ficha clínica. Durante la permanencia de la ficha clínica en un determinado servicio, es el Jefe el garante y responsable final de la Ficha Clínica. En el caso de la Ficha Clínica soporte papel, una vez que estas son entregadas a los distintos servicios clínicos o administrativos, son estos los responsables de su conservación.

- **Todo el personal clínico que participa en la atención del usuario:** Son responsables de resguardar la confidencialidad de la información contenida en la Ficha Clínica y en el registro de la actividad respectiva.
- **El personal de la Unidad de Inscripción y Archivo:** Son responsables de la creación, entrega, recepción, retiro y conservación de la Ficha Clínica, así como responsable de resguardar la confidencialidad de la información contenida en la misma.

Cuando esta Unidad no se encuentra disponible asume la unidad de Admisión Recaudación de Urgencia.

**b) De la aplicación:**

- **Jefe de SOME:** Responsable de velar por el cumplimiento de las normas y obligaciones establecidas en el presente documento.

**c) De monitoreo:**

- Jefe de CRAC.
- Enfermera Supervisora.
- Enfermera Coordinadora.
- Subdirección Médica.

### 2.3 CAMPOS DE APLICACIÓN:

Este protocolo está dirigido a todo el personal del área clínica y administrativa que participa en la atención del usuario y en el registro de la actividad respectiva.

### 2.4 ACTIVIDADES DEL PROCESO:

#### 2.4.1 Consideraciones generales.

La Ficha Clínica podrá llevarse en soporte de papel o electrónico y su contenido será registrado por el personal de salud que efectúa la prestación. Sin embargo, si se trata de información que pueda entregarse en forma verbal deberá quedar constancia en la respectiva ficha clínica de que la información ha sido proporcionada.

La Ficha Clínica, cualquiera sea su soporte, debe ser elaborada en forma clara y legible, conservando su estructura en forma ordenada y secuencial. Además de considerar que legalmente, este es el único lugar oficial para el registro de la información del paciente.

La Información contenida en la Ficha Clínica será considerada dato sensible, de conformidad en lo establecido en el artículo segundo, letra g de la Ley N° 19.628.

Las fichas clínicas electrónicas utilizadas en los Centros de Responsabilidad serán las siguientes:

- Centro Responsabilidad Atención Abierta (CRAA): *Rayen APS*
- Centro Responsabilidad Atención Cerrada (CRAC):
  - Urgencia: *Rayen Urgencia*.
  - Hospitalizados: modalidad mixta; ficha clínica de soporte papel con el traspaso paulatino a *Rayen Hospitalizados*.

Se debe señalar que los servicios de apoyo de laboratorio e imagenología cuentan con sistemas de información electrónicos para el desarrollo de procedimiento clínicos respectivos, tanto para la atención ambulatoria como la de hospitalización.

Por lo anterior, el CHSJM ha definido mantener la debida vinculación de los distintos soportes mediante el **uso de un código único de identificación (RUN)**.



#### 2.4.2 Antecedentes de Ficha Clínica.

Según artículo 6, del Reglamento de Ficha Clínica, de la subsecretaría de redes asistenciales, MINSAL, toda Ficha Clínica debe contener a lo menos los siguientes antecedentes:

- **Código Único de Identificación (RUN)** este es el mecanismo para asegurar la identificación inequívoca de cada Ficha Clínica.
- **Identificación actualizada del paciente:** nombre completo, número y tipo de documento de identificación (CI o Pasaporte), sexo y fecha de nacimiento.
- **Registro fechado de todas las atenciones de salud recibidas:** consultas, anamnesis, ingresos clínicos, evoluciones clínicas, indicaciones, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, resultados de exámenes realizados, interconsultas y derivaciones, hojas de enfermeras, hojas de evolución clínicas, epicrisis, y toda otra información generada.
- **Decisiones adoptadas por el paciente o sus representantes** respecto de sus atenciones, tales como, consentimiento informado, rechazo de tratamiento, solicitud de no reanimación por parte de los familiares o representantes (en caso de pacientes terminales), solicitud de altas voluntarias, altas disciplinarias y requerimientos vinculados a sus condiciones religiosas, étnicas o culturales.

Es de responsabilidad del personal clínico del CHSJM que la información antes descrita se encuentre en las fichas clínicas en forma ordenada.

En el caso de la Ficha Clínica soporte electrónico, el profesional clínico una vez terminada la atención e indicaciones del usuario debe guardar y cerrar el módulo de atención, de manera tal que los datos ingresados no puedan ser modificados, ni por el mismo profesional ni por otro.

En el caso de la Ficha Clínica soporte papel, una vez que el profesional ha escrito en la ficha clínica soporte papel los resultados de su atención y las indicaciones deberá estampar su firma, con ello los datos ya ingresados no son posibles de modificar, ni por el mismo profesional ni por otro.

El resguardo de la confidencialidad de la información contenida en la Ficha Clínica, su mantención y su conservación, es de responsabilidad de todo el personal clínico y administrativo que participa en la atención del usuario.

La Ficha Clínica se elimina transcurridos 15 años contados desde la última atención registrada.

El uso de la ficha clínica para actividades de docencia, investigación clínica, auditorías, requerimientos legales (según ley 20.584), investigaciones y/o

sumarios administrativos, uso estadístico, epidemiológico, y otras situaciones deberán ser previamente autorizadas por escrito por el Director del Establecimiento, de manera tal de facilitar su acceso.

### 2.4.3 Elaboración de Ficha Clínica.

Si el paciente requiere atención clínica en el CHSJM por primera vez:

- La Unidad de Inscripción y Archivo verifica tanto en Sistema RAYEN como en la Base de Datos de Archivo de pacientes egresados, si éste tiene Ficha previa. En caso de ser paciente nuevo se confecciona la carátula de la ficha clínica única e individual en soporte papel y electrónico, introduciendo el correcto ingreso de los datos del paciente o identificación actualizada del paciente: nombre completo, N° de Cédula de Identidad (RUN), sexo, fecha de nacimiento, domicilio y teléfono de contacto.
- Se describe a continuación casos que son de carácter excepcional:

Casos	Detalle Datos de identificación
NN	NN Sexo
Transexual	Nombre Social Nombre Legal: Nombre(1) Apellidos (2)
Extranjero	Nombre Apellido (1a Primero)

Una vez confeccionada la carátula de la ficha clínica soporte papel, ésta se archiva con su número correlativo de ordenamiento en el anaquel correspondiente.



#### 2.4.4 Acceso a Ficha Clínica única electrónica.

El acceso de la Ficha Clínica de soporte electrónico se realiza a través de:

Formato Electrónico	Acceso y Perfiles
<b>Rayen APS</b>	<p>Los funcionarios autorizados para manejar Ficha Clínica deben ingresar a través de la plataforma digital: <a href="https://clinico.rayenaps.cl/">https://clinico.rayenaps.cl/</a>. Posteriormente, el funcionario debe ingresar su RUT (sin punto, sin guión y con dígito verificador) y anotar la clave única, intransferible y secreta designada.</p> <p>El acceso a este soporte electrónico se encuentra disponible en los servicios clínicos del CHSJM, a través de la página web Institucional del CHSJM.</p> <p>Los perfiles de Acceso son designados por la Unidad de Salud Digital, de acuerdo al Estamento que accede a la ficha clínica y la función que éste realiza dentro del Complejo Hospitalario San José de Maipo.</p> <p>El Profesional Médico como No médico, tienen acceso para visualizar el historial clínico del paciente, no así el estamento Técnico y Administrativo.</p>
<b>Rayen Hospitalizado</b>	<p>Los funcionarios autorizados para manejar Ficha Clínica deben ingresar a través de la plataforma digital: <a href="https://fichamedico.rayensalud.cl/">https://fichamedico.rayensalud.cl/</a>. Posteriormente, el funcionario debe ingresar su RUT (sin punto, sin guión y con dígito verificador) y anotar la clave única, intransferible y secreta designada.</p> <p>El acceso a este soporte electrónico se encuentra disponible en los servicios clínicos del CHSJM, a través de la página web Institucional</p>



	<p>del CHSJM.</p> <p>Los perfiles de Acceso son designados por la Unidad de Salud Digital, de acuerdo al Estamento que accede a la ficha clínica y la función que éste realiza dentro del Complejo Hospitalario San José de Maipo.</p> <p>El Profesional Médico como No médico, tienen acceso para visualizar el historial clínico del paciente, no así el estamento Técnico y Administrativo.</p>
<b>Rayen de Urgencia</b>	<p>Los funcionarios autorizados para manejar Ficha Clínica deben ingresar a través de la plataforma digital:</p> <p><a href="https://urgencia.saludenred.cl/Authentication/#/authentication">https://urgencia.saludenred.cl/Authentication/#/authentication</a>.</p> <p>Posteriormente, el funcionario debe ingresar su RUT (sin punto, sin guión y con dígito verificador) y anotar la clave única, intransferible y secreta designada.</p> <p>El acceso a este soporte electrónico se encuentra disponible en los servicios clínicos del CHSJM, a través de la página web Institucional del CHSJM.</p> <p>En este sistema se genera el dato de Atención de Urgencia (DAU). El DAU se imprime para ser entregado al paciente al alta y para adjuntar en la ficha clínica soporte papel en caso de que el paciente sea hospitalizado.</p> <p>Los perfiles de Acceso son designados de acuerdo al Estamento que accede a la ficha clínica y según la función que éste realiza dentro del Complejo Hospitalario San José de Maipo.</p> <p>El Profesional Médico como No médico, tienen acceso para visualizar el historial clínico del paciente, no así el estamento Técnico y Administrativo.</p>

El acceso de la Ficha Clínica de soporte electrónico está disponible para todo el personal del área clínica que participa en la atención del usuario,

tanto en CRAA como en CRAC, de acuerdo al tipo de acceso antes señalado.

### **Servicios de apoyo de Laboratorio e Imagenológico**

Los servicios de apoyo de laboratorio e imagenología cuentan con sistemas de información electrónicos para el desarrollo de procedimientos clínicos respectivos, tanto para la atención ambulatoria como la de hospitalización, con disponibilidad de acceso del personal clínico autorizado para el caso de consulta y/o impresión de resultados.

Formato Electrónico	Acceso
<b>Centricity Ris</b>	<p>El ingreso a la plataforma digital "Centricity Ris" se realiza a través de la Página web <a href="http://chsjm.redsalud.gob.cl/">http://chsjm.redsalud.gob.cl/</a> en el link de Sistema: "Visualización de imágenes" o directamente a la página web <a href="http://190.196.143.115/ami/html/">http://190.196.143.115/ami/html/</a>. Posteriormente, el funcionario debe ingresar con el usuario designado y anotar la clave única, intransferible y secreta designada. El acceso a este soporte electrónico se encuentra disponible en los servicios clínicos del CHSJM, en su ámbito de CRAA y CRAC.</p>
<b>Bioslis-net</b>	<p>El ingreso a la plataforma digital "Bioslis- net" se realiza a través de la página web <a href="http://chsjm.redsalud.gob.cl/">http://chsjm.redsalud.gob.cl/</a> en el link de Sistema: "laboratorio 2.0" o directamente a la página web <a href="http://10.5.12.242/bioexámenes/admin.aspx">http://10.5.12.242/bioexámenes/admin.aspx</a>. Posteriormente, el funcionario debe ingresar con el usuario designado y anotar la clave única, intransferible y secreta designada. El acceso a este soporte electrónico se encuentra disponible en los servicios clínicos del CHSJM, en su ámbito de CRAA y CRAC.</p>



#### **2.4.5 Acceso a Ficha Clínica única en formato papel.**

El acceso de la Ficha Clínica de soporte papel se realiza a través de:

- Cuando el usuario cuenta con Ficha Clínica soporte papel, el personal clínico puede solicitar a la Unidad de Inscripción y Archivo, la Ficha Clínica soporte papel por medio de: Correo electrónico y/o llamada telefónica (Registro en Libro de Entrega).
- La Unidad de Inscripción y Archivo busca en la base de datos del Archivo de Fichas clínicas soporte papel, el RUN del usuario de manera tal de conocer el N° correlativo de ordenamiento correspondiente para desarchivar desde el anaquel la Ficha Clínica, dejando en dicha ubicación el Tarjetón de Reemplazo y proceder a realizar la entrega a través de Libro de entrega que firma el personal clínico que solicita la Ficha Clínica.
- Una vez que es otorgada la prestación clínica la Ficha Clínica soporte papel debe ser devuelta a la Unidad de Inscripción y Archivo a más tardar dentro de las 24 horas hábiles siguientes a la atención. En el caso de las atenciones otorgadas en el CRAC este plazo se cuenta desde la fecha de emisión de la Epicrisis del paciente.
- La Ficha Clínica de soporte papel deberá mantenerse siempre físicamente en el sector donde se encuentre hospitalizado el paciente hasta el momento de su alta. Inmediatamente hecha la epicrisis, ésta debe ser devuelta a la Unidad de Inscripción y Archivo.
- La devolución de la Ficha clínica soporte papel se realiza directamente a la Unidad de Inscripción y Archivo. El funcionario de Inscripción y Archivo coteja una a una las fichas devueltas con el Libro de entrega.

#### **2.4.6 Procedimiento de vinculación.**

El profesional del área clínica que requiera durante la atención del paciente realizar el proceso de vinculación de los distintos soportes de la Ficha Clínica deberá:

- **Acceder al soporte de Ficha Clínica requerido, según los procedimientos de "Acceso a Ficha Clínica" señalados en este documento, y realizando la vinculación mediante el uso de un código único de identificación que es el RUT del paciente.**

#### **2.4.7 Almacenamiento, mantención y protección de Ficha Clínica Soporte papel en Unidad de Inscripción y Archivo.**

La conservación, archivo de la Ficha Clínica soporte papel corresponde a la Unidad de Inscripción y Archivo, la que debe mantenerla fuera de todo riesgo y no debe permitirse la entrada de personas ajenas al Servicio en ese sector, para resguardar la integridad y confidencialidad de la Ficha Clínica.

La Unidad de Inscripción y Archivo:

- Actualizará la carátula cuando sea evidente efectuar este cambio, mientras aún existan usuarios con Ficha Clínica en soporte papel, ya que se deben conservar hasta por 15 años después de la última atención.
- Cautelar para que las historias clínicas se mantengan ordenadas y seguras.
- Archivar en las fichas clínicas todo documento o informe que corresponda.
- Rescatar las Fichas clínicas que no han sido devueltas en el tiempo estipulado por la Norma.
- Velar por la observancia de las normas legales de la información y uso legal del contenido de la historia clínica.
- Mantener las historias clínicas dentro de los anaqueles y en buenas condiciones de uso.

#### **2.4.8 Almacenamiento, mantención y protección de Ficha Clínica Soporte electrónico.**

Para el Caso de la Ficha Clínica Electrónica: Existe respaldo electrónico en Sistema RAYEN, a través de Datacenter (CPD) homologados TIER3, que cuentan con características de alta disponibilidad, alta escalabilidad, alta compatibilidad y alta seguridad., los que se encuentran bajo la administración del Proveedor de nuestro Servicio de Salud (RAYEN SALUD).



#### 2.4.9 Almacenamiento, mantención y protección de sistemas de información de los servicios de apoyo.

- **Centricity Ris:** Respaldo de Seguridad: se encuentra en servidor ubicado en Hospital Sótero del Río bajo la administración de ECM Ingeniería
- **Bioslis- net:** Respaldo de Seguridad: se cuenta con dos servidores al interior de la Unidad de Laboratorio del administrados por la empresa de GRUPOBIOS.

#### 2.4.10. Eliminación de los registros sensibles contenidos en cada ficha clínica.

La información sensible contenida en la ficha clínica será eliminada posterior a los 15 años del último registro clínico del paciente.

### 3. DEFINICIONES:

- **FICHA CLÍNICA (FC):** es el instrumento en que se registra la historia médica de una persona. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que asegure la conservación y adecuada confidencialidad de la información en ella contenida.
- **TARJETÓN DE REEMPLAZO:** Es una hoja o tarjeta que se coloca temporalmente en el lugar que debe ocupar la Ficha Clínica soporte manual, cuando ella está siendo ocupada en la atención del paciente. Contiene: a) N° correlativo de ordenamiento, RUN del paciente que corresponde al número de Ficha Clínica, Nombre del paciente, Fecha y Destino de la Ficha Clínica, donde además se anota el profesional o el servicio clínico que la ha solicitado. Dicho tarjetón se elimina al retornar la Ficha Clínica a su lugar físico. Personal clínico: Es todo el personal involucrado en la atención del usuario, médicos, enfermeras, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, asistente social, psicólogos, nutricionistas, odontólogos y técnicos paramédicos.
- **DATO DE ATENCIÓN DE URGENCIA (DAU):** es un documento en formato electrónico donde se anotan todos los datos referentes a la atención de salud del paciente que acude a la Unidad de Urgencia.
- **N° CORRELATIVO DE ORDENAMIENTO:** corresponde a un número correlativo, que permite ordenar las Fichas Clínicas en la Unidad de Inscripción y Archivo.

- **CRAA:** Centro de Responsabilidad Atención Abierta.
- **CRAC:** Centro de Responsabilidad Atención Cerrada.
- **CHSJM:** Complejo Hospitalario San José de Maipo.

**4. DIAGRAMA DE FLUJO:**

No Aplica.

**5. DOCUMENTOS RELACIONADOS:**

- Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.
- Pauta de acreditación, Minsal, Manual de Atención Cerrada, Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.
- Compendio de Circulares que instruyen a las entidades acreditadoras sobre la interpretación de las normas del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud, Intendencia de Prestadores de Salud, Superintendencia de Salud, Versión N°5, Octubre 2020.
- Decreto 41; Aprueba Reglamento sobre Fichas Clínicas, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, Diciembre 2012.
- Ley N°20.584 que regula los derechos y deberes de los pacientes, artículos 12, 13 y 2,
- Ley N° 19.628 Sobre Protección de la Vida Privada del 28/08/1999, artículo segundo, letra g y Artículo 24, Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Agosto 2020.

**6. REGISTROS:**

- No Aplica.



## 7. DISTRIBUCION Y DIFUSION:

- Dirección CHSJM.
- Subdirección Médica CHSJM.
- Subdirección Administrativa CHSJM.
- Jefe de Centro de Responsabilidad Atención Cerrada CHSJM.
- Jefe de Centro de Responsabilidad Atención Abierta CHSJM.
- Jefe de Centro de Responsabilidad Unidades de Apoyo CHSJM.
- Jefe de Servicio de Urgencia CHSJM.
- EU Coordinadora CHSJM.
- EU Supervisoras CHSM.
- SOME.
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente CHSJM.
- Oficina de Partes CHSJM.

## 8. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO:

Modificaciones principales realizadas al Documento por nueva revisión

Código	Fecha Elaboración	Fecha Modificación	Breve Descripción
REG 1.1 V01	Febrero 2012	Febrero 2017	•Estandarización del procedimiento y sus responsables.
REG 1.1 V02	Agosto 2013	Agosto 2018	•Se inserta el sistema electrónico "Rayen".
REG 1.1 V03	Agosto 2015	Agosto 2020	•Estandarización de los soportes de Fichas Clínicas en Papel y electrónico.
REG 1.1 V04	Marzo 2016	Marzo 2021	•Actualización del procedimiento de registro.
REG 1.1 V05	Marzo 2021	Marzo 2026	•Cambio de formato a nuevo formato institucional de protocolos. •Modificación procedimiento de vinculación de Ficha Clínica soporte

			<p>electrónico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificación en los accesos a las diferentes plataformas de Acceso a Ficha Clínica Electrónica.</li> <li>• Se establecen los perfiles de los funcionarios que tienen acceso a datos sensibles de los pacientes.</li> </ul>
--	--	--	---

## 9. ANEXOS

No Aplica.