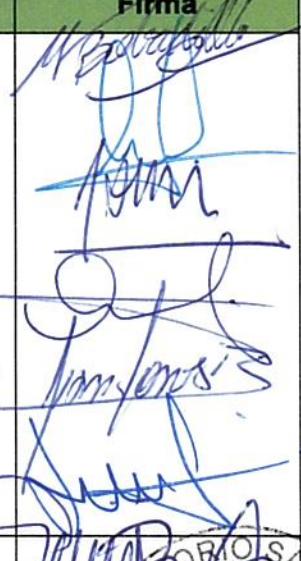
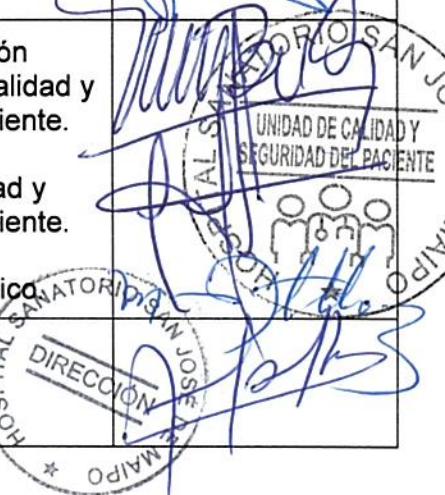




MANEJO DE FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL

	Nombre	Fechas	Cargo	Firma
Elaborado por	Matias Bobadilla Ortiz. Elizabeth Albornoz Bravo. Julian Alvarado Forman. Ruben Martinez Pizarro. Christian Torres Baeza. Jocelyn Bravo Videla	Agosto 2025	Jefe de C.R. Atención Cerrada Jefe de C.R. Atención Abierta Jefe de C.R. Unidades de Apoyo. Jefe de Unidad SOME Jefatura Dep. Salud Digital y Sistemas de Información. Coordinadora de Enfermería	
Revisado por	Moira Bravo García. Nayarette Rubio Cofre. Manuel Portillo Barrera.	Agosto 2025	Enc. Acreditación Certificaciones U. Calidad y Seguridad del Paciente. Jefe U. de Calidad y Seguridad del Paciente. Subdirector Médico	
Aprobado por	Julio Nuñez Saravia.	Agosto 2025	Director.	

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. DESARROLLO.....	3
2.1 OBJETIVO DEL PROTOCOLO	3
a) Objetivo general.....	3
b) Objetivos específicos:	3
2.2 RESPONSABLES.....	4
a) Ejecución:	4
b) De la aplicación:.....	5
c) De monitoreo:	5
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.....	8
2.4.5 Registros contenidos en Ficha Clínica.....	12
2.4.6 Almacenamiento, mantención y protección de Ficha Clínica Soporte papel en Unidad de Inscripción y Archivo.	13
2.4.7 Almacenamiento, mantención y protección de Ficha Clínica Soporte electrónico.....	14
3. DEFINICIONES:.....	15
5. DOCUMENTOS RELACIONADOS:.....	16
6. REGISTROS:.....	16
7. DISTRIBUCION Y DIFUSION:	17
8. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO:.....	17
9. ANEXOS	19

1. INTRODUCCIÓN

La Ficha Clínica constituye un instrumento legal, técnico, ético y obligatorio, fundamental en la atención de salud, donde se registran de manera sistemática y cronológica el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona, que cumple con la finalidad de mantener integrada la información necesaria para el otorgamiento de atenciones de salud al paciente.

La implementación del presente documento permitirá estandarizar el manejo de la Ficha Clínica Única e Individual en nuestra institución, asegurando la calidad, continuidad y seguridad de la atención, así como también permitirá optimizar los procesos asistenciales y administrativos, facilitando la interoperabilidad entre servicios clínicos y fortaleciendo la trazabilidad de las acciones de salud brindadas a cada paciente.

En Chile, su elaboración, manejo, conservación y acceso están normados por la Ley N° 20.584 sobre Derechos y Deberes de los Pacientes, el Decreto Supremo N° 41 de 2012 del Ministerio de Salud, y las directrices internas de cada institución prestadora de servicios de salud.

2. DESARROLLO

2.1 OBJETIVO DEL PROTOCOLO

a) Objetivo general

- Establecer los lineamientos técnicos y administrativos para el correcto manejo de la Ficha Clínica, asegurando la calidad, seguridad, confidencialidad y trazabilidad de la información de salud de los pacientes, en cumplimiento con la normativa legal y reglamentaria vigente.

b) Objetivos específicos:

- Establecer procedimientos de acceso a la información contenida en la ficha clínica, según el perfil, funciones y cargo del personal que interviene en la atención de los pacientes

- Describir el procedimiento de acceso de los datos necesarios para el ejercicio de sus funciones.
- Describir el procedimiento de vinculación en los soportes papel y electrónico.
- 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 le 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 en soporte papel, 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 Gestión de camas, la cual estará encargada de generar los datos en Rayen Eloísa, para la creación de ficha clínica electrónica en caso de contingencias o en horario no hábil.

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.
- Director del CHSJM.

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

En nuestro establecimiento tenemos una única Ficha Clínica que tiene soporte de papel o electrónico y su contenido será registrado por el personal de salud que efectúa la prestación.

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.

Actualmente nuestro proveedor de la ficha clínica en soporte electrónico es Rayen, el cual tiene diferentes módulos para los Centros de Responsabilidad:

- Centro Responsabilidad Atención Abierta (CRAA): **Rayen Módulo Ambulatorio**
- Centro Responsabilidad Atención Cerrada (CRAC):

- Urgencia: **Rayen Módulo Urgencia.**
- Hospitalizados: Modalidad mixta; ficha clínica de soporte papel y soporte electrónico **Rayen Módulo Hospitalizados.**
- Centro Responsabilidad Unidades de Apoyo (CRUA):
 - Unidad de Imagenología: *ECM en proceso de transición a Plataforma Phillips.*
 - Unidad de Laboratorio: *Plataforma Biolist.*

Por lo anterior, el CHSJM ha definido mantener la debida vinculación de los distintos soportes mediante **un código único de identificación el cual corresponde al 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**, este es el mecanismo para asegurar la identificación inequívoca de cada Ficha Clínica. Para los casos de excepcionales se encuentra descrito en protocolo de Identificación del paciente GCL 1.12.
- **Identificación actualizada del paciente**: Nombre completo, número y tipo de documento de identificación (RUN 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.

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 dejar registrada su identificación a través de nombre timbre con su respectiva 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 en soporte papel y electrónico 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 solicitadas por Archivo y autorizadas por el Director del Establecimiento.

2.4.3 Elaboración de Ficha Clínica

Creación de ficha clínica para pacientes nuevos

Cuando un paciente requiere atención por primera vez en el CHSJM y no tiene registros previos en el sistema RAYEN o en la Base de Datos de Archivo, la Unidad de Archivo e Inscripción procede a crear su ficha clínica.

Este proceso se realiza en dos formatos:

- ✓ Ficha en papel: Se elabora una carátula y la ficha física con los datos esenciales del paciente.
- ✓ Ficha electrónica: Se ingresan los datos personales del paciente (nombre completo, RUN, sexo, fecha de nacimiento, domicilio y teléfono de contacto) en el sistema.

Para pacientes que ingresan a hospitalización, el personal de Gestión de Camas es el responsable de crear la ficha electrónica con la misma

información personal. La forma en que se realiza esta identificación está detallada en el protocolo GCL 1.12.

2.4.4 Acceso a Ficha Clínica única

El ingreso a ficha clínica permite el acceso a todo personal que interviene en la atención directa de estos, sin importar su soporte. Tal atención directa, no solo se refiere a la atención clínica otorgada por profesionales universitarios, sino también a técnicos y administrativos, que se encuentran directamente relacionados con la atención de salud de la persona, que requieren el debido acceso a la información sensible, contenida en la ficha clínica.

Lo anterior está supeditado a las **funciones, cargo y perfil** del personal, por lo tanto, no es obligatorio que el personal deba acceder a toda la información, sino que, solo a aquellos módulos (Ambulatorio, Hospitalizado y Urgencia) en los que deben realizar funciones.

Se describen los accesos a continuación:

GRUPO	PERFIL	FUNCIONES ASOCIADAS A FICHA CLÍNICA	ESTAMENTO, UNIDADES O CARGOS
Grupo Clínico	Médico Odontólogo Matrona	Pueden visualizar, registrar toda la información clínica del paciente ya sea sensible o administrativa, además de prescribir medicamentos // Quien tenga la función de contralor puede visualizar y registrar toda la información clínica, ya sea sensible o administrativa.	Médico
			Odontólogo
			Matronas
	Profesional no médico	Pueden visualizar y registrar toda la información clínica del paciente ya sea sensible o administrativa	Todos los profesionales no médicos que tienen atención directa con pacientes Unidad de IAAS Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Unidad de Gestión de Camas

			Unidades de Apoyo (QF / TM)
	Administrativo / TENS clínico	Pueden visualizar y registrar toda la información clínica del paciente ya sea sensible o administrativa.	TENS de Atención Cerrada TENS - TONS de Atención Abierta TEPAR TENS de Unidades de Apoyo Administrativo GES
	Visualizador	Pueden visualizar toda la información clínica del paciente ya sea sensible o administrativa.	TENS IAAS Unidad de Archivo SOME - Valorización Director y Jefaturas del CHSJM Unidad de Auditoria Unidad Control de Gestión
Grupo Administrativo	Administrativo	Pueden visualizar, registrar y actualizar toda la información administrativa (datos y citaciones) del paciente	Unidad de Admisión Recaudador Censista de atención cerrada
		Pueden visualizar toda la información de sistemas que entregan soporte a ficha clínica (módulo Bodega, módulo Farmacia)	Unidad de Bodega Unidad de Farmacia

a) Procedimiento de acceso a ficha clínica en soporte electrónico

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

Formato Electrónico	Accesos
	Los funcionarios autorizados para manejar Ficha Clínica deben ingresar, a través de la plataforma digital:

Rayen APS	<p>https://clinico.rayenaps.cl/. Posteriormente, el funcionario debe ingresar su RUT (sin punto, sin guion y con dígito verificador) y anotar la clave única, intransferible y secreta designada. El acceso a este soporte electrónico se encuentra disponible en los servicios clínicos, a través de la página web Institucional del CHSJM. Los accesos son designados por la Unidad de Salud Digital, de acuerdo a funciones, cargo y perfil del personal del establecimiento, de acuerdo a lo descrito en cuadro anterior.</p>
Rayen Hospitalizado	<p>Los funcionarios autorizados para manejar la Ficha Clínica deben ingresar, a través de la plataforma digital: https://fichamedico.rayensalud.cl/. Posteriormente, el funcionario debe ingresar su RUT (sin punto, sin guion y con dígito verificador) y anotar la clave única, intransferible y secreta designada. El acceso a este soporte electrónico se encuentra disponible en los servicios clínicos, a través de la página web Institucional del CHSJM. Los accesos son designados por la Unidad de Salud Digital, de acuerdo a funciones, cargo y perfil del personal del establecimiento, de acuerdo a lo descrito en cuadro anterior.</p>
Rayen Urgencia de	<p>Los funcionarios autorizados para manejar Ficha Clínica deben ingresar, a través de la plataforma digital: https://urgencia.saludenred.cl/Authentication/#/authentication. Posteriormente, el funcionario debe ingresar su RUT (sin punto, sin guion y con dígito verificador) y anotar la clave única, intransferible y secreta designada. El acceso a este soporte electrónico se encuentra disponible en los servicios clínicos, a través de la página web Institucional del CHSJM. 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. Los accesos son designados por la Unidad de Salud Digital, de acuerdo a funciones, cargo y perfil del personal del establecimiento, de acuerdo a lo descrito en cuadro anterior.</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.	

Para visualizar información adicional del paciente, se utiliza el Visor de Información Abreviada del Usuario (VIAU), que es un visor de la red Metropolitana Sur Oriente que garantiza la continuidad de atención. El VIAU permite al personal acceder a datos sobre diferentes tipos de atenciones (ambulatorias, de urgencia, epicrisis, protocolos quirúrgicos, hospitalización domiciliaria, telemedicina), interconsultas, recetas, exámenes (laboratorios, imágenes, informes de anatomía patológica e informes de fondo de ojos), entre otros, promoviendo decisiones informadas y optimizando el uso de recursos.

El ingreso a VIAU se realiza a través de ficha clínica electrónica donde el funcionario ingresa con su RUN y clave intransferible, selecciona al paciente por su RUT, ingresa a los antecedentes actuales y en la sección media superior de la pantalla se visualiza la palabra "VIAU" (visor de información abreviada del usuario), en esta pantalla se visualiza en el sector DERECHO un ícono de una casa con el encabezado "Episodios", donde se puede vincular al paciente para revisión de exámenes, interconsultas, procedimiento y otros documentos clínicos requeridos que promueven una atención segura con todos los antecedentes en línea.

b) Procedimiento de acceso a ficha clínica soporte electrónico de Servicios de apoyo: Laboratorio e Imagenología

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
Centricity Ris Imagenología	El ingreso a la plataforma digital "Centricity Ris" se realiza a través de Visor de Información Abreviada del Usuario VIAU que se encuentra como pestaña dentro de la ficha clínica de cada paciente hospitalizado o citado en atención ambulatoria. El acceso se encuentra descrito en el punto anterior.
Phillips Imagenología	El ingreso a la plataforma digital "phillips" se realiza a través de Visor de Información Abreviada del Usuario VIAU que se encuentra como pestaña en la ficha clínica de cada paciente hospitalizado o citado en atención ambulatoria. El acceso se encuentra descrito en el punto anterior.
Bioslis-net Laboratorio	El ingreso a la plataforma digital "Bioslis- net" se realiza a través de la página web https://laboratorio.hospitalsanjosedemaipo.cl/ExamenesEnLinea/admin.aspx en el link de Sistema: "laboratorio en línea." Posteriormente, el funcionario debe

 <p>COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE DE MAIPO</p> <p>SDM / DIRECCIÓN</p>	<p>MANEJO DE FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL</p>	 <p>UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>
---	--	---

	<p>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> <p>El ingreso a la plataforma digital "Biolis-net" se realiza a través de Visor de Información Abreviada del Usuario VIAU que se encuentra como pestaña dentro de la ficha clínica de cada paciente hospitalizado o citado en atención ambulatoria. El acceso se encuentra descrito en el punto anterior.</p>
--	--

c) Procedimiento de acceso a Ficha Clínica única en formato papel

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

- Solicitar a la Unidad de Inscripción y Archivo a través de correo electrónico archivo@chsjm.cl , (Siempre dejando registro en Libro de Entrega del funcionario que entrega y quien la recepciona).
- En el caso de pacientes hospitalizados, la ficha clínica en soporte papel se encuentra disponible en las respectivas estaciones de enfermería.
- 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 la ficha clínica entregada con registro en libro de entrega.

2.4.5 Registros contenidos en Ficha Clínica

a) Registros contenidos en Ficha Clínica soporte electrónico.

La ficha clínica en soporte electrónico se encuentra compuesta por los registros realizados por los profesionales, técnicos y administrativos en plataforma Rayen, además de los registros contenidos en las plataformas que se encuentran vinculados y forman parte de la ficha clínica única.

b) Registros contenidos en Ficha Clínica soporte papel.

La ficha clínica en soporte papel esta compuesta por diferentes registros. Estos podrían ser espejo de lo que este contenido en el soporte electrónico. Dentro de los documentos que se pueden encontrar en soporte papel:



Documentos clínicos:

- ✓ Ingreso médico y de otros profesionales (internos y externos)
- ✓ Informe de traslado
- ✓ Informes de exámenes
- ✓ Formato de atención clínica contingencia
- ✓ Epicrisis
- ✓ Hojas control (ingesta, glicemias, balance hídrico, tratamiento anticoagulante oral, etc.)
- ✓ Pautas y/o score
- ✓ Evoluciones clínicas
- ✓ Indicaciones médicas y de enfermería
- ✓ Hoja de solicitud de interconsultas o derivación
- ✓ DAU (dato de atención de urgencia)
- ✓ Hoja de inventario de enseres
- ✓ Informes de egreso médico y de otros profesionales
- ✓ Informes estadísticos de egreso hospitalario.
- ✓ Informes y certificados
- ✓ Copia de Carnet de identidad.

Documentos firmados por paciente o tutor:

- ✓ Formulario Hospital Amigo
- ✓ Consentimientos informados (de procedimientos correspondientes)
- ✓ Formulario de constancia de información al paciente GES
- ✓ Formulario de recepción de medicamentos traídos desde el exterior.

**2.4.6 Almacenamiento, mantenimiento y protección de Ficha Clínica
Soporte papel en Unidad de Inscripción y Archivo.**

El almacenamiento, protección, conservación y archivo de la Ficha Clínica soporte papel corresponde a la Unidad de Inscripción y Archivo, la que debe mantenerla fuera de todo riesgo, para resguardar la integridad y confidencialidad de la Ficha Clínica.

La Unidad de Inscripción y Archivo:

- Actualizará la carátula cuando sea necesario 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 el protocolo REG 1.4 “Protocolo de procedimiento de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas”.
- 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.

2.4.7 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.

a) 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.
- **Phillips:** Respaldo de Seguridad: se cuenta con servidores a través de Datacenter (CPD) homologados TIER3, que cuentan con características de alta disponibilidad, alta escalabilidad, alta compatibilidad y alta seguridad. Adicionalmente existe un servidor adicional en las dependencias del hospital en caso de contingencia.

2.4.8 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 obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona, que cumple la finalidad de mantener integrada la información necesaria para el otorgamiento de atenciones de salud al paciente.
- **RUN:** Rol Único Nacional
- **PERSONAL CLÍNICO:** Es todo el personal involucrado en la atención del usuario, médicos, enfermeras, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, trabajador social, psicólogos, nutricionistas, odontólogos, técnicos paramédicos, auxiliares de servicio.
- **PERSONAL ADMINISTRATIVO:** Son aquellas personas que sus labores se relacionan con tareas propias de oficina tales como, redacción y/o confección de cartas comerciales y otros documentos, recepción y clasificación de correspondencia, archivo de documentación, mantención de registros de personal, etc.
- **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.
- **SOME:** El Servicio de Orientación Médico Estadístico es la puerta de entrada para ser beneficiario de gran parte de las prestaciones que entregan los distintos establecimientos de salud. Es quien gestiona el ingreso de las personas para ser atendidos en nuestra Institución, tanto para la atención abierta como cerrada.
- **RAYEN:** Sistema de Información integral para la gestión clínica y administrativa de los centros de atención de salud.
- **SDM:** subdirector médico.
- **CRAA:** Centro de Responsabilidad Atención Abierta.
- **CRAC:** Centro de Responsabilidad Atención Cerrada.
- **CHSJM:** Complejo Hospitalario San José de Maipo.
- **VIAU:** Visor de Información Abreviada del Usuario.
- **GES:** Garantía Explícita de Salud
- **TONS:** Técnico Odontológico Nivel Superior
- **IAAS:** Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
- **TEPAR:** Técnico de Enfermería y Procedimiento de Apoyo a la Rehabilitación

- **TENS:**Tecnico en Enfermería de Nivel Superior
- **QF:** Químico Farmacéutico
- **TM:** Tecnólogo Medico

4. DIAGRAMA DE FLUJO:

- No Aplica.

5. DOCUMENTOS RELACIONADOS:

- 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.
- 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°6, diciembre 2024.
- Circular IP N°66 Que sustituye y modifica las instrucciones que indica el acápite I de la versión N° 6 del "Compendio de Circulares que instruyen a las entidades acreditadoras sobre la interpretación de las normas del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud", aprobada por la resolución exenta IP/N°7601, de 06 de diciembre 2024, en la forma que señala, y ordena la emisión de la versión 6.1 del antedicho compendio.
- Decreto 41; Aprueba Reglamento sobre Fichas Clínicas, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, diciembre 2012.
- <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1046753>
- Ley N°20.584 que regula los derechos y deberes de los pacientes, artículos 12, 13 y 2,

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 Departamento de Salud Digital y Sistemas de Información
- Jefe de Servicio de Urgencia CHSJM.
- EU Coordinadora CHSJM.
- EU Supervisoras CHSM.
- Unidad 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	<ul style="list-style-type: none"> Actualización del procedimiento de registro.
REG 1.1 V05	Marzo 2021	Marzo 2026	<ul style="list-style-type: none"> Cambio de formato a nuevo formato institucional de protocolos. Modificación procedimiento de vinculación de Ficha Clínica soporte electrónico. Modificación en los accesos a las diferentes plataformas de Acceso a Ficha Clínica Electrónica. Se establecen los perfiles de los funcionarios que tienen acceso a datos sensibles de los pacientes.
REG 1.1 V06	Julio 2023	Julio 2023	<ul style="list-style-type: none"> Se elimina descripción de procedimiento de vinculación de ficha clínica. En definiciones se elimina N° correlativo de ordenamiento. Se agrega en definiciones personal clínico, personal administrativo, Rayen, SOME, NN, SDM y CHSJM.
REG 1.1 V07	Octubre 2024	Octubre 2029	<ul style="list-style-type: none"> Se inserta descripción de acceso a pestaña (VIAU) de Ficha Clínica electrónica. Se agrega en definiciones el acrónimo VIAU Se modifican enlaces Centricity Ris Imagenología https://visorexterno.ecm-img.cl/Zip
REG 1.1 V08	Agosto 2025	Agosto 2030	<ul style="list-style-type: none"> Se agrega descripción de elaboración de FC electrónica Se agrega descripción de función, cargo y perfil del personal del CHSJM, para acceso a FC.

- | | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none">• Se agrega nuevo proveedor de imágenes.• Se agrega procedimiento de acceso a Unidades de apoyo• Se agrega correo electrónico para acceso soporte papel de ficha clínica• Se agrega el detalle de registros de acuerdo al su soporte• Se agrega el detalle de almacenamiento, mantención y protección de nuevo proveedor de imágenes.• Se agrega nuevos documentos relacionados. |
|--|--|--|---|

9. ANEXOS

No Aplica.