Hospital de Urgencia Asistencia Pública
Dr. Alejandro del Rio.

REGLAMENTO INTERNO

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Ps. Patricia Rojas S. Jefa Gestión de Usuarios	E.U. Felipe Valderas Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente e IAAS	Dra. Patricia Méndez Campos Directora (s)
Fecha: Septiembre de 2012	**Fecha:** Septiembre de 2012	**Fecha:** Septiembre de 2012

1. ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVO	6
ALCANCE	6
DEFINICIONES	6
SERVICIOS Y PRESTACIONES	14
Servicios Clínicos	14
Problemas de Salud AUGE	19
Funcionamiento SAMU Metropolitano	20
PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	21
Procedimiento de adjudicación de camas en el HUAP	21
Procedimiento de asignación de cama no critica en la red del SSMC	23
Procedimiento de derivación de pacientes a camas no crítica en establecimientos de salud en convenio con el HUAP	25
Procedimiento de solicitud de camas críticas a otro establecimiento	27
Procedimiento de traslado interno de pacientes hospitalizados en el HUAP	29
Procedimiento de traslado de pacientes hospitalizados en el HUAP a otro establecimiento	31
Procedimiento de rescate de pacientes críticos derivados a establecimientos del extrasistema.	34
PROCEDIMIENTO DE VISITA GESTIÓN DE CUIDADOS SEGÚN CONDICIÓN MÉDICA DEL PACIENTE.	35
Atención de Enfermería	35
PROCEDIMIENTOS DE INFORMACIÓN MÉDICA	36
Información médica a tutores de pacientes hospitalizados	36
Información a acompañantes de pacientes en atención de urgencia	37
Información a la familia de pacientes operados	38
Información a la familia de pacientes hospitalizados en box de urgencia.	39
PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	40

¿Quién debe entregar la información? 40
¿Cómo se debe entregar la información? 41
¿Qué información entregar? 41
¿Dónde entregar la información? 42
Requieren consentimiento informado escrito en el HUAP 42
Excepciones 43
Competencia o capacidad sanitaria para la toma de decisiones y su evaluación 43
Relaciones de sustitución 44
Consecuencias de no obtener el consentimiento informado 45
Procedimiento 45
Revocación del consentimiento informado 45
CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN 46
Gestión Clínica 46
Acceso, Oportunidad y continuidad de la atención 47
Recurso humano 47
Registros 48
Servicios de apoyo 48
HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO 50
HORARIOS DE VISITA Y ACOMPAÑAMIENTO DE PACIENTES 50
Visita general 50
Visita Tutor 51
Horario de visitas 53
Acompañamiento en servicio de urgencia 53
Control de la normativa de visitas 54
Situaciones de excepción 55
MECANISMOS DE IDENTIFICACIÓN, ACREDITACIÓN DE LA AFILIACIÓN Y SISTEMA DE PAGO 56
Atención abierta 56
Atención cerrada 60
Cobranza 62
Respecto de las licencias médicas, entrega de certificados con diagnóstico y antecedentes clínicos 63

Atención en policlínico 64
SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONARIOS 64
Registro 64
Enrolamiento 65
Confección de la credencial institucional 65
PROCEDIMIENTOS PARA RESGUARDAR LA PRIVACIDAD Y REGLAMENTACIÓN DE FICHA CLÍNICA 66
Norma manejo de ficha clínica 66
Formato de la ficha clínica 67
Registros 68
Responsabilidad 83
Custodia de la ficha clínica 83
Archivo de fichas clínicas 84
Características del archivo 84
Instructivo de fichas clínicas 85
Solicitud de fichas clínicas 86
Instructivo para desarchivo de la ficha clínica 86
Instructivo para el despacho de fichas clínicas 87
Plazo de devolución de fichas clínicas al archivo 91
Devolución y rescate de historias clínicas 91
Instructivo de verificación diaria 93
Incumplimiento del reintegro 93
Sistema de sanciones por incumplimiento normativa 94
Almacenamiento y custodia 94
Normativa para solicitar y acceder a la información de la ficha clínica 95
Instructivo para fotocopiar la ficha clínica 98
Procedimiento de eliminación de ficha clínica 98
Responsabilidad 99
Acceso a ficha clínica 99
Consecuencias de no registrar 100
ASISTENCIA ESPIRITUAL O RELIGIOSA 100

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL 101
Funciones generales 101
Situaciones que se deben someter a evaluación ética 102
Procedimiento consulta al comité de ética asistencial 103
ARANCEL DE LAS PRESTACIONES Y MODALIDAD DE PAGO 104
SISTEMA DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES 106
Recepción 106
Registro y Acuso de Recibo 106
Clasificación 107
Proceso de respuesta de solicitudes ciudadanas en el HUAP 108
Plazos de respuesta 108
Proceso de Seguimiento y análisis de SC en el HUAP 110
VÍAS DE EVACUACIÓN Y PROCEDIMIENTOS EN CASO DE EMERGENCIA 110
Vías de evacuación por piso 112
Salidas de emergencia 120
Zonas de seguridad 124
DISTRIBUCIÓN 125
Documentación de Referencia 125
ANEXOS 127

2. INTRODUCCIÓN

La ley 20.584 de Derechos y Deberes de las Personas Vinculados a su Atención de Salud impone grandes desafíos a los prestadores de atención de salud públicos y privados. Entre ellos está la necesidad de contar con un reglamento interno que defina contenidos generales y específicos respecto a temas asistenciales y administrativos, que esté al alcance de los usuarios y sirva de norma general.

El reglamento interno del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, ha sido construido de acuerdo a las orientaciones emanadas desde el Ministerio de Salud en Circular N°14, los contenidos descritos constituyen el marco general que debe ser actualizado y completado toda vez que existan cambios que así lo ameriten.

Para llegar a la primera versión del Reglamento Interno fue necesario consultar a quienes son referentes técnicos en cada materia que se diseñó en la minuta ministerial, cada aporte configura el presente documento lo cual realza su valor.

3. OBJETIVO

Disponer de un documento que concentre la información más relevante que debe estar al acceso del usuario del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

4. ALCANCE

Usuarios y usuarias, subdirectores, jefes de Servicios Clínicos, de Apoyo y Unidades Administrativas.

5. DEFINICIONES

- **Acompañante paciente de urgencia:** para fines de este protocolo se considera solamente a las personas que acompañan a pacientes en atención de urgencia y que permanecen en la sala de espera, no se considera a aquellos que esperan en sectores no autorizados.
- **Acreditación nacional de prestadores:** Sistema de evaluación voluntario, aplicable a instituciones de salud públicas y privadas, donde se establece el nivel de cumplimiento

de prácticas asociadas a la calidad y seguridad del paciente, comparada con un estándar considerado como deseable.

- **Brazalete tutor:** distintivo intransferible, utilizado por el familiar o cercano designado como tutor.
- **Camas básicas:** camas destinadas a pacientes de bajo nivel de riesgo dependencia.
- **Cama critica:** definida para la internación y atención de pacientes críticos, cuyo estado clínico tiene características de extrema gravedad, cuya dotación de profesionales, insumos, procedimientos (invasivos y no invasivos) asegura una atención permanente las 24 horas del día. (Extracto NT Médico-Administrativas para GES, Ley 19.966)
- **Carta compromiso:** declaración que debe firmar el tutor para ser autorizado como tal, donde adquiere la responsabilidad de comportarse de acuerdo a las necesidades del paciente y a la normativa institucional.
- **Comité de Ética Asistencial**: Es un órgano consultivo de carácter interdisciplinario que evalúa los requerimientos éticos que comporta la dignidad humana, expresada en la relación clínica con los pacientes y sus familias, con el fin de mejorar la calidad de la asistencia en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

  Delibera acerca de las posibles alternativas e introduce en el análisis todos los valores implicados. Orienta a los profesionales a tener en cuenta los valores de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, que rigen las actuaciones médicas desde un punto de vista bioético. Los Comités de Ética Asistencia no tiene una función sancionadora, sus decisiones no tienen carácter vinculante; las decisiones las toma el paciente, el médico, la familia la autoridad judicial. La naturaleza del Comité de Ética Asistencial es la propia de un órgano consultor, que analiza problemas éticos surgidos en la práctica clínica con la finalidad mejorar las decisiones y beneficiar al paciente. En consecuencia, sus opiniones o informes no reemplazan ni disminuyen de manera alguna la responsabilidad profesional y personal de los médicos, sólo es ayuda para decidir mejor, al contar con claros fundamentos éticos.
- **Competencia o Capacidad para tomar decisiones en salud:** Los criterios de capacidad sanitaria hacen referencia fundamentalmente a las aptitudes de los pacientes para recibir, comprender y procesar racionalmente información, tomar una decisión y comunicarla adecuadamente.

- **Consulta:** solicitud ciudadana que corresponde a demandas de orientación e información sobre derechos y beneficios, trámites, puntos de acceso, etc.
- **DAU:** Dato de Atención de Urgencia, documento clínico, en el que se registra el proceso de atención del paciente en el Servicio de Urgencia.
- **Denuncia:** solicitud ciudadana que manifiesta expreso descontento o disconformidad frente a una conducta irregular desde uno o varios funcionarios de una Institución o establecimiento del Sector Salud, la que obligará a una respuesta formal de la institución. Por ejemplo: Malos actos, robos, extravío de documentos, probable negligencia médica y/u otros actos de falta de probidad administrativa.
- **Encargado de contacto:** personal profesional médico o no médico, responsable de atender ante la solicitud de cama (definido por el centro de convenio y HUAP), mediante las vías de contacto (también definidas por el centro de convenio y HUAP) establecidas.
- **Establecimientos Asociados a la RED de Salud:** se describe como los establecimientos que están insertos en el área que coordina el SSMC, estos son:
    - 1 posta rural
    - 3 Cosam
    - 5 Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SAPU)
    - 3 de atención hospitalaria (adultos, maternal e infantil)
    - 3 Centros Comunitarios de Salud Familiar (Cecosf)
    - 17 centros de salud de atención primaria
    - 2 centros de atención especializada ambulatoria (CDT San Borja y CRS Maipú)
    - Establecimientos hospitalarios: Hospital San Borja Arriarán (HSBA) y Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP).
- **Establecimiento en convenio:** corresponde a todo aquel centro de salud, que mediante licitación pública, establece convenio con el HUAP para la atención de sus pacientes; ya sea médica, hospitalaria, o de apoyo diagnóstico. Pueden ser Clínicas, Centros de Salud, Institutos, Fundaciones, Centro de Diagnóstico (radiología, laboratorio, diálisis, etc).
- **Estación de Enfermeria:** espacio físico ubicado al ingreso o sección central de un servicio clínico, lugar donde se encuentra al personal de enfermería y TPM responsables de los pacientes que allí se encuentran, sector donde se entregan los ingresos y egresos de pacientes, exámenes u otros.

- **Felicitaciones:** solicitud ciudadana que implica agradecimiento o felicitación a un funcionario o equipo de funcionarios de una Institución por la calidad del servicio prestado.
- **Ficha Clínica** :Es un instrumento único de trabajo en salud y de resorte legal, que contiene información relativa a antecedentes médicos, estado de salud, creencias, diagnóstico, tratamiento, pronóstico de la enfermedad de una persona y la planificación, evaluación y control de las acciones de salud derivadas de estos; mediante el cual se establece una comunicación escrita entre los miembros del equipo de salud responsable de la atención, incluido en este el paciente y su familia; y el que por su obligatoriedad, sistematización, objetividad, completitud y la exactitud de sus registros, se constituye en una fuente de prueba del contrato asistencial, de las condiciones de salud del paciente y de la conducta de los profesionales que brindan la atención.
- **Formulario de Consentimiento Informado**: Documento en el que se detalla por escrito con un formato y estructura determinada, el fin, beneficios y riesgos, respecto a intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, o que conlleven un riesgo importante para la salud, y que garantiza que la información más relevante ha sido ofrecida por el médico y recibida por el paciente, para ejercer su derecho de participación en la toma de decisiones. Sirve para apoyar el proceso oral registrarlo y monitorizarlo y, por último, para probar legalmente que se dio información y se obtuvo el consentimiento o su denegación (rechazo).
- **Formulario de revocación:** Documento en el manifiesta su decisión de anular el documento "Formulario de Consentimiento Informado" firmado anteriormente.
- **Gestor de Camas:** profesional médico o no médico que está encargado de otorgar una cama, según necesidad, al paciente que lo requiera.
- **Hospital Amigo:** Condición que adquiere un establecimiento que desarrolla acciones integrales de salud, que se relaciona con sus usuarios con calidad y calidez, procurando su satisfacción; en un marco de justicia, equidad y responsabilidad social y en el cual el paciente, su familia o tutor puede adoptar sus propias decisiones con relación a su salud en base a la información que el establecimiento le brinda.
- **HUAP:** Hospital de Urgencia de la Asistencia Pública Dr. Alejandro Del Río.

- **Medico de Rescate:** es responsable del rescate de pacientes críticos, verificar estado del gravedad, considerar estabilidad para rescate, coordinarse con UPC para el traslado al HUAP o Cama Crítica en Servicio Público.

  Debe realizar visitas a los pacientes hospitalizados en clínicas privadas, para consignar el estado de estos, sobre todo los de larga estadía, para en conjunto con Médicos tratantes determinar L.E.T. o bien, convocar al comité de Ética de cada Clínica, en casos justificados.

  Debe comunicar a su jefatura autorización para tratamientos específicos, sobre todo si no influye la patología crítica, por la cual se trasladó a dichas unidades. Debe contar con la coordinación de Transporte medicalizado, como el contacto de ambas unidades críticas, tanto la que recibe, como a la que se traslada el paciente, para evitar errores y complicaciones en dichos traslados. Su Función es en forma permanente, sin horarios definidos, si no que dependen de la evolución de cada paciente.
- **Oficina de Admisión Hospitalizados:** oficina encargada de elaborar el registro clínico que sostiene el proceso de hospitalización. La ficha clínica constituye su producción, al mismo tiempo que distribuye el folleto informativo de horarios de visita, entre otras tareas.
- **Oficina N°10:** oficina encargada de orientar a los familiares de pacientes, en términos previsionales y administrativos y que entrega el pase para registrar tutores.
- **O.I.R.S.:** Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias. Espacio de participación, interacción y acceso de las personas a todas las Instituciones que correspondan al Sector Salud, con la finalidad de garantizar el derecho de los ciudadanos sin discriminación, a informarse, sugerir, reclamar y/o felicitar acerca de las materias propias del sector, en un marco de respeto a todas las personas que constituyen el medio y la finalidad de las acciones del sector y de una atención de excelencia".
- **Pase de visita:** documento entregado por la OIRS que permite el acceso de las visitas de pacientes.
- **Pase de visita de urgencia:** documento emitido por OIRS de urgencia, que autoriza el ingreso de una persona entre las 12.00 y 13.00 hrs.
- **Psicólogo de Enlace:** profesional que apoya el proceso de información a la familia de pacientes en atención de urgencia.
- **Reclamo:** solicitud ciudadana donde el ciudadano exige, reivindica o demanda una solución a una situación en que considera se han vulnerado sus derechos ciudadanos

en salud. Ej.: calidad de atención, acceso, cobertura financiera, prestación indebida de un servicio sanitario, la atención inoportuna de una solicitud, etc.

- **Red asistencial:** Conjunto de personas u organizaciones, formales o informales, con su propia identidad, que independiente de su tamaño, régimen de propiedad y nivel de complejidad, comparten objetivos comunes, una misión explícita y compartida y generan actividades suficientemente definidas, diferenciadas y complementadas entre sí, que se entrelazan e interconectan con una multiplicidad de otras redes formales e informales en pro de objetivos también compartidos.
- **Red Asistencial de Cobertura:** se entiende por Red Asistencial de Cobertura, a la superficie territorial que abarca para otorgar atención de salud; están incluidas las comunas de Santiago, Estación Central, Cerrillos, Maipú y Pedro Aguirre Cerda
- **SDA:** Sub Dirección Administrativa
- **SDGC:** Sub Dirección de Gestión Clínica
- **Solicitud Ciudadana:** Documento mediante el cual el usuario manifiesta su percepción con respecto al servicio recibido, formula sus reclamos, felicitaciones, consultas, sugerencias o solicitudes.
- **Solicitud:** solicitudes ciudadana específica de ayuda asistencial concreta que permiten solucionar un problema de necesidad o carencia puntual. Requiere una gestión específica del funcionario de la OIRS.
- **Solicitud Ciudadana por AUGE:** se clasificará en esta categoría aquellas solicitudes ciudadanas en que según la información que tiene el usuario no se han respetado las garantías explicitas a las que tiene derecho y que están en el reglamento de la Ley 19.966 sobre las garantías en salud.
- **Solicitud Ciudadana por Competencia Técnica (asistencial):** se clasificarán en esta categoría todas aquellas opiniones de usuarios relacionadas con los procedimientos técnicos o decisiones adoptadas por cualquier integrante del equipo de salud con relación a la patología consultada o en tratamiento. Es importante señalar que esto no implica un juicio o auditoria del actuar del equipo de salud aunque si en determinadas situaciones puede dar origen a ella, sino que simplemente estamos aceptando que desde el punto de vista del usuario o su familia, con la información que tiene disponible y según su propia percepción, está disconforme con las acciones emprendidas por el equipo de salud.

- **Solicitud Ciudadana por Información:** se clasificarán en esta categoría todas aquellas opiniones de usuarios que se refieran a transmisión de información y acciones comunicacionales del Equipo de Salud con los usuarios tanto respecto a los contenidos como a la forma utilizada en la entrega de información. Deberán considerarse elementos como el lenguaje, oportunidad, comprensión, capacidad de respuesta a los requerimientos del usuario considerando las características personales del individuo y su condición de salud. Considera además el consentimiento informado, y el derecho a que el paciente y la familia directa, puedan obtener los datos que requieren de la Ficha Clínica.
- **Solicitud Ciudadana por Infraestructura:** se clasificarán en este rubro todas aquellas opiniones que realicen los usuarios referentes a las condiciones estructurales y del ambiente del establecimiento de salud con relación a accesos, condiciones de seguridad, condiciones de las salas de espera, baños públicos, temperatura, ventilación, condiciones higiénicas estéticas de los edificios, patios y jardines, comodidad y seguridad de camas y camillas de traslados, comodidad para los familiares de pacientes hospitalizados, seguridad de pertenencias de pacientes y familiares.
- **Solicitud Ciudadana por Probidad Administrativa:** se entenderá por probidad administrativa el actuar honradamente en el cumplimiento de las actividades funcionarias, principio que puede deteriorarse por acciones deshonestas. Se clasificarán dentro de esta categoría, todas aquellas opiniones relacionadas con los procedimientos o decisiones adoptadas por cualquier integrante del quipo de salud con relación a la dignidad en el desempeño de su cargo. Es importante destacar que al clasificar una opinión en este categoría sólo se estará aceptando que desde el punto de vista del usuario, con la información que posee y desde su propia percepción, esta disconforme con la actitud, procedimiento o acción que ha efectuado el funcionario.
- **Solicitud Ciudadana por Procedimientos Administrativos:** se clasificarán en esta categoría todas aquellas opiniones de usuarios relacionadas con procesos, procedimientos o funcionamiento administrativo del establecimiento, como por ejemplo los procesos de admisión y recaudación, tramites durante la estadía en la institución, funcionamiento del establecimiento con relación a horarios de atención, procedimientos administrativos al egreso, procedimientos de referencia y/o derivación, etc.

- **Solicitud Ciudadana por Tiempo de espera:** dentro de esta categoría se clasifican las opiniones de usuarios relacionadas con los márgenes de espera subjetivamente evaluados por los usuarios.
- **Solicitud Ciudadana por Trato:** se clasificarán en esta categoría todas aquellas opiniones de usuarios que se refieran a la relación entre usuarios internos y externos, actitud de los funcionarios en relación al trato, lenguaje, respeto a la privacidad y confidencialidad, identificación de los funcionarios, acogida, atención, entrega de información, comunicación.
- **SS:** Servicio Social de Enfermos
- **SSMC:** Servicio de Salud Metropolitano Central, es un organismo estatal, funcionalmente descentralizado, Forma parte del Ministerio de Salud depende directamente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- **Sugerencia:** solicitud ciudadana que ofrece o presenta un ciudadano para incidir o mejorar un proceso cuyo objeto está relacionado con la prestación de un servicio.
- **Tabla Quirúrgica:** Programación de pabellón diaria que establece hora aproximada y equipo que interviene.
- **TPM:** Técnico Paramédico, personal encargado de realizar las labores de apoyo del proceso de atención de enfermería.
- **Transporte Medicalizado:** vehículo terrestre, diseñado originalmente de fábrica o condicionado convenientemente para el transporte de pacientes. Corresponde a un vehículo de emergencia que transita por la vía pública conforme a los reglamentos de la Ley de Tránsito vigente. Está dotado con sistemas de señalización visual y acústica, equipadas con instrumental especializado, equipos de soporte vital, etc.
- **Tutor:** Es la persona autorizada para acompañar al paciente en el horario de visita extendida, debe ser la persona que conoce los antecedentes médicos del paciente, por su cercanía sabe de sus hábitos, consumo de medicamentos, enfermedades crónicas, etc. Podrá comunicarse con el médico y será el encargado de transmitir esa información a la hora de la visita general.
- **UGCC:** Unidad de Gestión Centralizada de Camas
- **UGCC- SALUD RESPONDE:** Unidad de Gestión Centralizada de Camas perteneciente al Ministerio de Salud, creada con el fin de gestionar camas de todo orden a nivel de Regional (en este caso R. Metropolitana) de Establecimientos de Salud Públicos y Privados. Dispone de atención las 24 hrs. los 365 días del año.

- **UGD:** Unidad de Gestión de la Demanda
- **UPC:** Unidad de Pacientes Críticos.
- **Visita:** cercanos del paciente que no ocupan el rol de tutores, que concurren al hospital, con el objetivo de apoyar al paciente en su recuperación.
- **Visita tutor:** visita extendida en horario definido por cada servicio. En esas horas el tutor deberá aprender y colaborar de los cuidados del paciente.
- **Visita general:** tiempo definido por cada servicio para la visita de dos personas por paciente. En esa hora, los profesionales no están en la obligación de dar información con respecto al estado del paciente. El tutor no está presente en la sala.

6.- SERVICIOS Y PRESTACIONES

6.1.- SERVICIOS CLÍNICOS

6.1.1.- Servicio de Urgencia (1° piso)

El Servicio de Urgencia realiza Consulta Integral de Urgencia, entendida ésta como aquella consulta, cuya resolución aborda el ámbito clínico y los requerimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico, que permitan un mejor diagnóstico y una adecuada resolución.

En éste servicio, se resuelven consultas de medicina interna, de cirugía y de traumatología, con la participación de especialistas permanentes como neurocirujano, anestesista, intensivista, y radiólogo.

Conforme a los nuevos requerimientos que surgen de las normas legales vigentes, y considerando organizar los procesos de manera tal que los tiempos de espera sean los mínimos necesarios, la atención de urgencia se ha estructurado para atender de manera diferenciada (no exclusiva) a los pacientes en razón de su gravedad y género.

- Selector de Demanda
- Sector de Atención Pacientes Leves
- Sector Urgencias (Hombres/Mujeres)
- Sector Emergencias (Hombres/Mujeres)

- Box de Reanimación
- Box de Trombolísis
- Box Médico Legal
- Pabellón de yeso.

Los pacientes son categorizados de C1 a C5:

- C1. Extrema gravedad, atención inmediata en Box de Reanimación.
- C2: Muy grave, atención prioritaria en Box de Emergencia.
- C3: Urgencia menos grave, que puede esperar atención preferencial en Box de Urgencia.
- C4: Urgencia Leva que puede esperar atención en Box de Leves.
- C5: Patología médica no urgente, habitual resolución en consultorio. Atención en Box de Leves.

6.1.2.- Servicio Urgencia Dental (1° piso)

El Hospital de Urgencia Asistencia Pública también cuenta con Consulta Dental de Urgencia, realizada por el equipo de odontólogos que conforman el turno de urgencia. Su acción comprende la resolución de diagnósticos de urgencia dental como:

- Abscesos dentales
- Gingivitis úlcero necrótica
- Complicaciones post exodoncia
- Traumatismos dento alveolares
- Pericoronaritis
- Pulpitis.

6.1.3.- Servicio de Quemados (2° piso)

Es el Centro de Derivación Nacional para el Tratamiento de Quemados Graves afiliados al Sistema Público de Salud.

Entrega tratamiento integral, Clínico Quirúrgico, en la etapa de reparación inicial de la cubierta cutánea a los pacientes que, como consecuencia de quemaduras, presentan riego vital determinado por:

- Tipo de agente etiológico, la extensión y profundidad de las quemaduras.
- Condiciones personales: edad, condiciones de vida, hábitos de vida, estado de salud.
- Lesiones agregadas como: Compromiso respiratorio, politraumatismo, descarga de alta tensión

6.1.4.- Servicio Médico Quirúrgico Indiferenciado (3° piso)

El Servicio MQI atiende pacientes con patología medico y/o quirúrgica, cuyo tratamiento requiere manejo en atención cerrada.

6.1.5.- Sector IAAS (3° piso)

El sector de atención para pacientes con infecciones asociadas a su atención de salud, tiene el objetivo de proveer atención especializada a pacientes portadores o contacto de pacientes con este tipo de infecciones y proteger a los pacientes que se encuentran en los otros servicios. Cuenta con personal exclusivo, con formación especializada en la materia.

6.1.6.- Servicio de Cirugía (4° piso)

El Servicio de Cirugía es el encargado de dar respuesta durante las 24 del día, en atención cerrada de las especialidades quirúrgicas del Hospital, según las necesidades de atención de urgencia de adulto:

- Cirugía Cabeza y Cuello
- Cirugía Máxilo Facial
- Cirugía Tórax
- Cirugía Abdominal
- Cirugía Laparoscopica
- Cirugía Vascular

- Cirugía Proctológica
- Cirugía de Cráneo
- Procedimientos Quirúrgicos

6.1.7.- Servicio de Traumatología (4° piso)

El Servicio de Traumatología es el encargado de dar respuesta durante las 24 del día, en atención cerrada de las especialmente en lo referente a la atención de pacientes politraumatizados:

- Cirugía Fractura c/sin luxación
- Cirugía de Columna
- Cirugía Retiro elementos OST
- Cirugía TMT Segmentaria

Es importante mencionar que los pacientes operados en los servicios de Quemados, Cirugía y Traumatología cuentan con controles posteriores al alta en policlínico y tratamiento kinésico ambulatorio cuando el médico lo indica por medio de interconsulta. Para lo cual el paciente o un familiar debe presentar el carnet de alta o interconsulta en la secretaria respectiva.

6.1.8.- Unidad de Paciente Crítico (5° piso)

La Unidad de Pacientes Critico, está compuesta por las unidades de Cuidados Intensivo (UCI) y la unidad de Tratamiento Intermedio (UTI). El centro será encargado de hospitalizar pacientes cuyos cuidados médicos y de enfermería requieren de una atención permanente donde el estado clínico es de suma gravedad.

6.1.9.- Servicio de Medicina (6° piso)

El Servicio de Medicina tiene por objeto prestar atención médica de adulto, durante las 24 del día en atención cerrada, de forma integral, humana y oportuna; en las siguientes áreas:

- Endocrinología
- Hepatología
- Nefrología
- Neurología
- Cardiología
- Medicina Interna
- Gastroenterología
- Reumatología
- Broncopulmonar
- Infectología

6.1.10.- Banco de Sangre (1°piso)

Requisitos del donante:

- Pesar sobre 50 kilos
- Tener entre 18 y 60 años de edad.
- Ser sano (no necesita medicamentos para vivir)
- Si eres mujer, no estar embarazada o amamantando.
- Haber ingerido alimento durante el día.
- No estar consumiendo drogas.

Horario y ubicación:

- Lunes a Viernes de 8:30 a 19:30 hrs
- Sábados, domingos y festivos de 9:30 a 19 hrs.

- Curicó 345, Santiago Centro.
- Fonos : 56 81 382 - 56 81 385

6.2.- PROBLEMAS DE SALUD AUGE - HOSPITAL DE URGENCIA

El Hospital de Urgencia Asistencia Pública, es un hospital de Alta Complejidad dedicado exclusivamente a la Atención de Urgencia. En este contexto, en cuanto a los Problemas de Salud AUGE, el hospital tiene resolutividad mayoritariamente en aquellos problemas de salud que se caracterizan por su condición de "urgencia", no obstante, también resuelve en aquellos casos en que, aún cuando el problema de salud propiamente tal no es de urgencia, sí lo es, la condición en que llega el paciente a consultar en la Unidad de Emergencia Hospitalaria.

- Gran Quemado, Centro de Referencia Nacional
- Politraumatizado Grave
- TEC Grave o Moderado
- Infarto Agudo al Miocardio
- Accidente Cerebrovascular Isquémico
- Colecistectomía Preventiva de Cáncer
- Urgencia Odontológica
- Trauma ocultar Grave. (Principalmente etapa diagnóstica, referencia a UTO)
- Trastornos de Conducción del Impulso que requieren Marcapasos
- Neumonía adquirida en la comunidad
- Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar. (Solo aquellos casos en que se ha agotado la vía del tratamiento médico)
- Diabetes Mellitus II. (Solo paciente con pie diabético infectado)
- Ortesis o Ayudas Técnicas. (Para pacientes hospitalizados de acuerdo a su condición de salud).

6.3.- FUNCIONAMIENTO SAMU METROPOLITANO

El SAMU de la Región Metropolitana, es una organización que pertenece a la estructura del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Central. Tiene la función de entregar atención prehospitalaria a toda la Región.

Su Misión es dar respuesta oportuna, eficiente, con adecuados niveles de calidad y sin distinción alguna, a los requerimientos de Atención Prehospitalaria de todos los habitantes de la Región Metropolitana y al transporte secundario de pacientes críticos, y entregar, cuando la autoridad lo disponga, cobertura sanitaria a los eventos organizados por el Gobierno de Chile.

Para cumplir con esta misión, el SAMU está organizado en dos áreas de funcionamiento, las que trabajan en estrecha coordinación, bajo el mando de una Dirección Operativa y una Subdirección Médica y con el apoyo de la estructura administrativa del Hospital.

6.3.1.- Área de Regulación:

Representada por el Centro Regulador, lugar que recibe las cerca de 3.000 llamadas diarias cursadas al SAMU, mediante el número 131. En este lugar, se encuentran los/as telefonistas que recepcionan las llamadas y los/as radio operadores que las trasmiten a las bases periféricas, cuenta con presencia médica permanente y con profesionales del área de la salud, que supervisan todo el sistema. Aquí se recibe la llamada, se categoriza la urgencia y complejidad del caso, se envía al móvil más adecuado y adaptado para atenderlo y se define el lugar de derivación.

Las llamadas al 131, son gratuitas y comunican con el Centro Regulador del SAMU al ser discadas desde todas las comunas de la Región Metropolitana salvo Buin, Talagante, Peñaflor y Til Til (donde responden con sus propios medios a la demanda de ambulancia).

6.3.2.- Área de Intervención:

La que está representada por las bases, las ambulancias y el personal de intervención que viste el uniforme característico amarillo y azul. El área de intervención, está organizada en siete estructuras territoriales llamadas SMURs, las que están conformadas a su vez por bases de ambulancias, con su respectiva dotación de vehículos y personal.

Las bases, 24 en total, están divididas en bases básicas y avanzadas, de acuerdo al equipamiento y personal que tripula sus ambulancias y se encuentran distribuidas en la Región Metropolitana, desde Melipilla por el Poniente a Colina por el Norte y San Bernardo por el Sur, estando la mayor parte de ellas en la ciudad de Santiago.

Las ambulancias definidas como básicas, están destinadas a atender urgencias en las que se considera que no hay apremio vital o al menos este no es inminente y las ambulancias avanzadas, están equipadas para enfrentar emergencias en que hay riesgo vital.

El SAMU, en su operativa diaria, está en contacto, a través de su Centro Regulador, con todos los Servicios de Urgencia, de adultos y niños de la Región Metropolitana, con todos los SAPUs, con Carabineros y Bomberos, con ONEMI, con el Departamento de Asuntos de Emergencia y Catástrofes del Ministerio de Salud y con el Servicio S.E.I. del Aeropuerto Arturo Merino Benítez.

7.- PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

7.1.- PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DE CAMAS EN EL HUAP

Adjudicar en forma expedita y oportuna una cama básica, de mediana o alta complejidad a todo aquel paciente que requiera atención médica, diagnóstica o de tratamiento en las dependencias del HUAP.

Una vez recepcionado el paciente en la unidad de Urgencias y de acuerdo a la evaluación médica que indique la necesidad de hospitalización, se procederá de la siguiente manera:

a) Verificar identidad del paciente tanto en la ficha clínica y/o DAU, como en el brazalete del paciente, si este no está definido, corroborar información con oficina de Admisión de pacientes y/o profesional a cargo de este.

b) Verificar condiciones generales del paciente, signos vitales, hemodinamica, físicas y/u otras (si las hubiere)

c) Verificar en la ficha o en DAU el registro de la evaluación clínica y Diágnostico. Registro de indicación de hospitalización del paciente, con destino claro, por el médico tratante.

d) Verificar el registro categorización adecuada del paciente en la ficha u hoja de atención por parte del personal de enfermería encargado del paciente.

e) Verificar pertenencia del paciente a la red asistencial de cobertura (Red de Salud Metropolitana Central) domicilio registrado en el dato de atención de urgencias. En el caso de no pertenecia se considerará dentro de la red Privilegiando Condiciones de Salud hasta que se averigúe su residencia, si no pertence a la red, se procederá a derivarlo al centro asistencial que le correponda (cuidando la estabilidad médica de este). En el caso de paciente Quemado ver procedimiento de gestión de cama para pacientes quemados.

f) Confirmar con el médico tratante, jefe de turno y/o profesional encargado del paciente, la solicitud de traslado al servicio clínico que le correponda.

g) Verificar y confirmar disponibilidad de cama (según requerimientos del paciente) con Gestor de Camas y/o Medico Residente (según horario) del servicio clínico de destino en el HUAP.

h) Trasladar al Paciente en forma segura (Ver procedimiento Traslado Interno de Pacientes NO Críticos a dependencias del HUAP).

i) Entregar al paciente, informar al médico residente y/o profesional a cargo del servicio de destino en el HUAP, la incorporación del paciente, informando brevemente el estado y condición de este.

Responsables

- *En horario diurno* (08:00 a 20:00 hrs. de lunes a viernes, 09:00 a 20:00 hrs. sábados, domingos y festivos) es de responsabilidad la asignación de cama del Jefe de la UDG y/o Gestor de Camas.
- *En horario nocturno* (20:01 a 07:59 hrs de lunes a viernes, 20.01 a 08:59 hrs sábados, domingos y festivos) será de responsabilidad del Jefe de Turno y/o primer ayudante y/o profesional médico que estos definan para la asignación de camas.

7.2.- PROCEDIMIENTO DE ASIGNACIÓN DE CAMA NO CRÍTICA EN LA RED DEL SSMC

Otorgar de forma expedita una cama, según los requerimientos del estado del paciente, en otro establecimiento asociado a la red de salud pública a la que pertenece el HUAP.

Una vez confirmado con él médico tratante, jefe de turno, primer ayudante o residente de la unidad, de manera verbal o escrita, la solicitud de hospitalización de él o los pacientes, se procederá de la siguiente manera:

a) Chequeo del paciente, verificar, tanto en la ficha clínica y/o solicitud de hospitalización, que los datos de identificación, domicilio asociado a la red y diagnóstico correpondan al paciente en cuestión.

b) Verificar el registro de las condiciones generales del paciente, signos vitales, condición hemodinamica, condiciones físicas y/u otras, además de la Categorización estén en la ficha clínica o solicitud de hospitalización.

c) Verificar en la ficha o solicitud de hospitalización, el registro de indicación de hospitalización del paciente, con destino claro, por el médico tratante.

d) Verificar disponibilidad de cama (según requerimientos del paciente y orden médica) en el servicio clínico de destino. Para este procedimiento considera la NO disponibilidad de cama.

e) Informar al médico solicitante, que NO se dispone de cama solicitada.

f) Iniciar Búsqueda de cama en establecimientos de la red Hospitalaria, (CRS, HSBA), a través de contacto teléfónico con gestores de cama y/o Jefe de turno, Médico residente o Médico encargado de la Unidad de destino, de la siguiente manera:

Indicar complejidad y requerimientos del paciente (Diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, estado clínico del paciente, medicación, apoyos y/o soportes, etc).

- Indicar los procedimientos realizados (Exámenes, Imagenología, Cirugía, etc).
- Indicar Nombre de Médico tratante o responsable del paciente (fonos de contacto correo, etc.) tanto del centro Receptor como el del Centro Derivador.
- Coordinar Móvil de traslado y horario de derivación del paciente.

g) Confirmar Destino de Traslado (establecimiento, cama, servicio, móvil, etc) con Medico tratante y/o Jefe de Turno y/o 1º Aydante y/o Médico residente; cuando correponda procedimiento al Gestor de Camas.

h) En el caso de ser Médico encargado de realizar Gestión de camas (horario nocturno) se procederá de igual manera, previo análisis con Jefe de Turno y/o Médicos Especialistas.

i) Informar al paciente y/o acompañantes (si procede) la decisión de traslado indicando el establecimiento a ser derivado.

j) Registrar con letra clara en la Ficha y/o DAU el establecimiento, servicio, cama, fecha, hora y tipo de móvil de traslado (si procede) donde se deriva el paciente. Registrar Nombre de Responsable (Gestor de Camas y/o Médico encargado de Gestión de camas).

k) Adjuntar Epicrisis o Informe Médico, Epicrisis de Enfermería, exámenes, Radiografías u otros (si hubiere). En caso de ser pacientes hospitalizados en Servicios Clínicos del HUAP.

l) Completar (por Médico tratante, Médico Gestor, o Gestor De Camas) Solicitud de Traslado con letra clara; indicando:
   - Identificación del paciente (nombre, apellido, RUT, (si se dispone)
   - Nº de Ficha o DAU
   - Servicio, sala, cama
   - Fecha y hora del ingreso
   - Diagnóstico,
   - Antecedentes Mórbidos, otros
   - Breve resumen Historia clínica (si se dispone de ella)
   - Documentación Adjunta (exámenes, procedimientos, otros (especificar)
   - Información para traslado (soporte, equipos de apoyo, etc.)
   - Inmovilización (especificar)
   - Médico que Solicita (nombre, RUT y firma)
   - Médico que recibe (Con quién se contactó, responsable de recepción)
   - Tipo de Móvil (SAMU, otro especificar cuál)
   - Hora y fecha de Salida

m) Trasladar al paciente en forma segura (ver procedimiento de traslado de pacientes NO Críticos a otros establecimientos).

n) Verificar Recepción del paciente en el establecimiento de destino (vía telefónica, fax, mail, u otro).

o) Registrar en la Ficha o DAU la recepción del paciente, indicando estado de éste, fecha, hora y nombre de quién lo recibió (Médico Receptor).

Responsables

- *En horario diurno* (08:00 a 20:00 hrs. de lunes a viernes, 09:00 a 20:00 hrs. sábados, domingos y festivos) es de responsabilidad del Jefe de la UDG y/o Gestor la asignación de cama.
- *En horario nocturno* (20:01 a 07:59 hrs de lunes a viernes, 20.01 a 08:59 hrs sábados, domingos y festivos) será de responsabilidad del Jefe de Turno y/o primer ayudante y/o profesional médico que estos definan para la asignación de camas.

7.3.- PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A CAMAS NO CRITICA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN CONVENIO CON EL HUAP.

Otorgar de forma expedita una cama básica o leve, según los requerimientos del estado del paciente, en otro establecimiento de salud que tiene convenio vigente con el HUAP y que por razones de falta de capacidad, recursos y/u otro no se dispone de cama inmediata en el HUAP ni en la red de salud pública del SSMC.

Previa verificación de inexistencia de cama en el HUAP y establecimientos asociados a la red del SSMC (HSBA, CRS), se procederá de la siguiente manera:

a) Chequear condiciones físicas del paciente, comprobar estabilidad de signos vitales, hemodinámicos, acordes para derivación del paciente.
b) Chequear Categorización de Riesgo de Dependencia correspondan a complejidad del centro a derivar y tipo de transporte.
c) Verificar disponibilidad de cama en los centros de convenio, vía telefónica, mail, fax y/o teléfono móvil con encargado de contacto (del centro donde se derivará el paciente).
d) Presentar al paciente a derivar al Médico (Encargado y/o Residente y/o de Médico de Turno) responsable de recepción de pacientes en el establecimiento receptor; indicando:

- Complejidad y requerimientos del paciente (Diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, patologías previas (si las hubiera), estado clínico del paciente, medicación, apoyos y/o soportes, etc).

- Indicar los procedimientos realizados (Exámenes, Imagenología, Cirugía, etc).
- Indicar Nombre de Médico tratante o responsable del paciente (fonos de contacto, correo, etc.) en en HUAP.
- Coordinar Móvil de traslado y horario de derivación del paciente.

e) Confirmar Destino de Traslado (establecimiento, cama, servicio, móvil, etc) con Medico tratante y/o Jefe de Turno y/o 1° Aydante y/o Médico residente; cuando correponda procedimiento al Gestor de Camas.

En el caso de ser Médico encargado de realizar Gestión de camas (horario nocturno) se procederá de igual manera, previo análisis con Jefe de Turno y/o Médicos Especialistas.

f) Informar al paciente y/o acompañantes (si procede) la decisión de traslado indicando el establecimiento a ser derivado.

g) Registrar con letra clara en la Ficha y/o DAU el establecimiento, servicio, cama, fecha, hora y tipo de móvil de traslado (si procede) donde se deriva el paciente. Registrar Nombre de Responsable (Gestor de Camas y/o Médico encargado de Gestión de camas).

h) Adjuntar Epicrisis o Informe Médico, Epicrisis de Enfermería, exámenes, Radiografías u otros (si hubiere). En caso de ser pacientes hospitalizados en Servicios Clínicos del HUAP.

i) Completar (por Médico tratante, Médico Gestor, o Gestor De Camas) Solicitud de Traslado con letra clara; indicando:
   - Identificación del paciente (nombre, apellido, RUT, (si se dispone)
   - Nº de Ficha o DAU
   - Servicio, sala, cama
   - Fecha y hora del ingreso
   - Diagnóstico
   - Antecedentes Mórbidos, otros
   - Breve resumen Historia clínica (si se dispone de ella)
   - Documentación Adjunta (exámenes, procedimientos, otros (especificar)
   - Información para traslado (soporte, equipos de apoyo, etc.)
   - Inmovilización (especificar)
   - Médico que Solicita (nombre, RUT y firma)
   - Médico que recibe (Con quién se contactó, responsable de recepción)
   - Tipo de Móvil (SAMU, otro especificar cuál)

- Hora y fecha de Salida

j) Trasladar al paciente en forma segura (ver procedimiento de traslado de pacientes NO Críticos a otros establecimientos).

k) Verificar Recepción del paciente en el establecimiento de destino (vía telefónica, fax, mail, u otro).

l) Registrar en la Ficha o DAU la recepción del paciente, indicando estado de éste, fecha, hora y nombre de quién lo recibió (Médico receptor)

Responsables

- *En horario diurno* (08:00 a 20:00 hrs. de lunes a viernes, 09:00 a 20:00 hrs. sábados, domingos y festivos) es de responsabilidad del Jefe de la UDG y/o Gestor de Camas la asignación de cama.
- *En horario nocturno* (20:01 a 07:59 hrs de lunes a viernes, 20.01 a 08:59 hrs sábados, domingos y festivos) será de responsabilidad del Jefe de Turno y/o primer ayudante y/o profesional médico que estos definan para la asignación de cama.

7.4.- PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE CAMAS CRÍTICAS A OTRO ESTABLECIMIENTO

Obtener de forma expedita dentro o fuera de la red asistencial, una cama crítica para el (los) paciente (s) del HUAP que solicitan atención médica, cuya condición de salud es grave o gravísima, requieren manejo y hospitalización en una cama crítica en el HUAP, y que por razones de diversa índole no se dispone de ésta, siendo necesaria la derivación a otro establecimiento de salud que sí se la pueda otorgar.

Posterior a la recepción y estabilización (si es posible) del paciente se procederá de la siguiente manera:

a) Verificar categorización Riesgo Dependencia (por personal de Enfermería a cargo), Evaluación, Diagnóstico (si es posible) y solicitud de Hospitalización con destino claro por parte del Médico tratante (tipo de cama y requerimientos de apoyo u otros).

b) Verificar en las dependencias de UPC del HUAP existencia de cama, si NO se dispone de ella, proseguir.

c) Solicitar Autorización, para iniciar Búsqueda en otro establecimiento, vía telefónica (al fono de contacto establecido) con el Médico Jefe de la UGD, si no es posible contactarlo, solicitar Autorización (de igual forma) con el SDM o Director Médico, si no es posible, Solicitar Autorización al Jefe de Turno (Médico que subroga a la Dirección en horario inhábil).

d) Una Vez Autorizado, Iniciar búsqueda vía telefónica contactándose con Médico Residente y/o Encargado de UPC de en los establecimientos de la RED, si NO se dispone de ella, proseguir.

e) Comunicarse con la Central Telefónica del HUAP (al Fono establecido), solicitar contacto telefónico con Salud Responde- UGCC (al Fono establecido).

f) Establecida la comunicación telefónica con operador de Salud Responde- UGCC, Identificarse con Nombre y cargo (EU gestor de camas y/o Médico derivador, según corresponda), Indicar Establecimiento de Donde llama (Hospital de Urgencia Asistencia Pública).

g) Indicar al operador de Salud Responde- UGCC, Necesidad de cama Crítica; especificar UTI o UCI, relatar de acuerdo a preguntas que realice operador:
   - Identificación de paciente (considerar NN si no dispone de información)
   - Edad (si no dispone de ella, en caso de pacientes NN, señalar edad aprox.)
   - Tipo de paciente (ADULTO)
   - Principales Diagnósticos (señalar diag. Principal, complementarios, antecedentes mórbidos si dispone de ellos, observaciones)
   - Condiciones generales (físicas, hemodinámicas, requerimientos de apoyo, etc.)
   - Identificar Nombre del Médico Derivador o Médico Tratante (cuando EU gestor de camas realiza solicitud)
   - Señalar Teléfonos de contacto (números donde sea posible ubicar al derivador)
   - Señalar tipo de Autorización que dispone (sólo sector Público, sector Público y Privado)

El operador telefónico de UGCC- Salud Responde, se encargará de realizar búsqueda de cama solicitada dentro del sector autorizado; se comunicará con derivador al fono de contacto e informará estado de avance. Encontrada la cama e identificado el establecimiento se procederá de la siguiente forma:

h) Operador telefónico de UGCC-Salud Responde, facilitará conferencia entre médico receptor y derivador.

i) Post acuerdo entre médicos, el Operador telefónico entregará número de ID a Derivador, indicará gestionar carta de resguardo (cuando se derive a establecimientos privados), coordinar el traslado y ambulancia.

j) Proceder traslado de paciente de manera segura (ver protocolo traslado pacientes críticos a otros establecimientos).

k) Corroborar la recepción del paciente en el establecimiento de destino.

l) Registrar en la ficha clínica u hoja de hospitalización traslado finalizado y anotar observaciones si las hubiere.

Responsables

- En horario diurno (08:00 a 20:00 hrs. de lunes a viernes, 09:00 a 20:00 hrs. sábados, domingos y festivos) es de responsabilidad del Jefe de la UDG y/o Gestor de Camas la asignación de cama.
- En horario nocturno (20:01 a 07:59 hrs de lunes a viernes, 20.01 a 08:59 hrs sábados, domingos y festivos) será de responsabilidad del Jefe de Turno y/o primer ayudante y/o profesional médico que estos definan para la asignación de cama.

7.5.- PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTERNO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HUAP.

Trasladar en forma segura y adecuada a los pacientes hospitalizados del HUAP que requieran atención médica o diagnóstica dentro de las dependencias del establecimiento, ya sea por motivos de atención médica, diagnóstica y/o derivación a servicio clínico de destino para su tratamiento.

Posterior a la atención médica con indicación de hospitalización, se procederá de la siguiente manera:

a) Verificar en la Ficha clínica o DAU, categorización riesgo dependencia, registro de control de signos vitales, el registro de indicaciones por parte del médico tratante, señalando el carácter de hospitalización del paciente, con diagnóstico presuntivo, destino de hospitalización.

b) Asegurar con el personal de enfermería y Gestor de camas (o quién realiza labor de gestión de camas, según horario) la disponibilidad de cama en el sector de destino.

c) Cubrir al paciente con sabanillas y frazadas si es posible.

d) Asegurar las barandas de la camilla, verificando que estén en buen estado. (Cuando corresponda pacientes en posición acostada). Si corresponde traslado en silla de ruedas verificar el estado correcto de esta, comprobar correcta movilidad y soporte si es necesario.

e) Llevar DAU o Ficha Clínica, solicitudes de exámenes, hoja de ingreso Enfermería, otros (exámenes traídos por paciente o documentos anexos).

f) Conducir al paciente cuidando su estabilidad y seguridad, por ascensor al servicio indicado para su hospitalización.

g) Presentarse en la Estación de Enfermería, entregar al paciente al personal de Enfermería y/o a TPM encargado de sala de destino, entregar Ficha Clínica o DAU, y exámenes adjuntos.

h) Reportar al personal de Enfermería de sector de origen la entrega del paciente, mencionando quién recibió en servicio de destino y si hubo incidentes (cuando corresponda).

Responsables

- Médico Tratante: es el responsable de indicar la orden de hospitalización. Dejar indicaciones médicas; entregar al paciente al médico receptor del servicio donde es derivado.
- Gestor de Camas: profesional médico o no médico (Principalmente Enfermero/a) que está encargado de otorgar una cama, realizar labores de gestión para el traslado a otras dependencias del establecimiento, coordinar el flujo interno de pacientes que ingresan o egresan de este.
- Enfermería: es de responsabilidad del personal de enfermería a cargo del paciente a trasladar, verificar el servicio al cual se deriva el usuario, comprobar las medidas para un traslado seguro y adecuado, además de proveer las condiciones de apoyo necesario para ello.
- Técnico Paramédico: es de responsabilidad del personal TPM a cargo del paciente colaborar con las indicaciones y medidas sugeridas por el personal de enfermería; asistiendo en el traslado seguro y adecuado del paciente.

- Auxiliar Paramédico: es de responsabilidad del auxiliar paramédico el realizar el acto de traslado, cumpliendo con cada una de las indicaciones dadas por el profesional de enfermería que permitan un traslado seguro y adecuado del paciente.

7.6.- PROCEDIMIENTO DE TRASLADO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HUAP A OTRO ESTABLECIMIENTO

Trasladar en forma segura y adecuada a los pacientes hospitalizados del HUAP que requieran atención médica o diagnóstica en otro establecimiento de salud, ya sea por inexistencia de cama, recursos físicos, especialidades u otros.

Una vez definida la Hospitalización del paciente y considerado la NO DISPONIBILIDAD DE CAMA requerida en el HUAP, se procederá de la siguiente manera:

a) Médico tratante o profesional responsable de paciente realiza el llenado de "ORDEN de TRASLADO".
b) TPM o Auxiliar lleva y entrega "ORDEN de TRASLADO" en UGC, a Secretaria de Traslados.
c) Gestor de Camas asigna prioridad para traslado y coordina cama con Gestor de Camas o Profesional responsable de asignación de camas en centro receptor.
d) Gestor de Camas y/o Médico Responsable Coordinan Ambulancia Básica o Medicalizada según clínica del paciente. Cuando corresponda a Ambulancia Medicalizada debe realizar coordinación con Jefe de Operaciones de SAMU indicando necesidad del traslado, condiciones del paciente, centro de origen y centro de destino.
e) Médico Responsable o Gestor de Camas realiza conferencia telefónica entre Médicos residentes de centro de origen como centro de destino.
f) Coordinar con Ambulancia y centros la Hora de traslado.
g) Verificar mediante llamado telefónico con profesional responsable del centro receptor, las condiciones del traslado y su hubo observaciones.
h) Médico tratante o Gestor de Cama y/o profesional designado y/o secretaria de UGD Retira CR en Oficina 6, indicando los datos del paciente y donde es derivado.

En el caso de Traslado a ESTABLECIMIENTO PRIVADO se considera como extra sistema, por lo cual al momento de este se debe llevar la CARTA DE RESGUARDO y debe ser llenada y firmada por el Médico Solicitante y jefe de turno correspondiente

Responsables

- Médico Tratante: es responsable de indicar orden de hospitalización, indicaciones médicas; entregar al paciente al médico receptor del servicio donde es derivado. Gestionar el traslado de ambulancia, condiciones del traslado, documentación, etc. (En horario inhábil).
- Gestor de Camas: profesional no médico (Usualmente Enfermero/a) está encargado de otorgar camas dentro del hospital, derivación y traslado de usuarios a otros establecimientos, coordinar y gestionar el flujo interno de pacientes que ingresan o egresan al HUAP.
- Enfermero/a: es responsable de verificar el servicio de derivación, estabilidad del paciente. Adjuntar informes médicos, de enfermería, exámenes, chequear indicaciones médicas, proveer equipos de apoyo, insumos u otros necesarios al personal de ambulancia que traslada al paciente.
- Auxiliar Paramédico: es responsable de colaborar con el equipo que traslada al paciente.
- Técnico Paramédico de Ambulancia: es responsable de asistir al paciente durante su traslado, mantener las condiciones de estabilidad física, sicológica y clínica de este; entregar documentación adjunta (ficha clínica, exámenes, interconsultas, etc.) al personal médico o de enfermería en el establecimiento receptor.
- Chofer de Ambulancia: es responsable de conducir el vehículo provisto para el traslado del paciente, de manera rápida, segura y oportuna.
- Secretaria de traslados UGC: es responsable de coordinar las ambulancias disponibles para el traslado de pacientes (según prioridad designada por el Gestor de Camas) recibir y archivar órdenes de traslado de pacientes, verificar información completa de órdenes de traslado, entregar al orden de traslado al TPM de ambulancia.
- Secretaria UGDD: es responsable de entregar información de camas disponibles en los establecimientos, solicitar firmas para Cartas de Resguardo (cuando el Gestor de Camas lo indique), rectificar información de paciente que se traslada (certificado previsional, corroborar datos, establecimiento, sala, cama del centro receptor, etc.)
- Administrativos de oficina N° 6: son responsables de entregar las Cartas de Resguardo (CR) al Gestor de Camas, Médico o profesional que realiza Gestión de Camas, recibir

órdenes y planificación de traslado de las Ambulancias (horario inhábil), registrar información requerida por UGDD.

- Chofer de Ambulancia: es responsable de conducir el vehículo provisto para el traslado del paciente, de manera rápida, segura y oportuna.
- Secretaria de traslados UGC: es responsable de coordinar las ambulancias disponibles para el traslado de pacientes (según prioridad designada por el Gestor de Camas) recibir y archivar órdenes de traslado de pacientes, verificar información completa de órdenes de traslado, entregar al orden de traslado al TPM de ambulancia.
- Secretaria UGDD: es responsable de entregar información de camas disponibles en los establecimientos, solicitar firmas para Cartas de Resguardo (cuando el Gestor de Camas lo indique), rectificar información de paciente que se traslada (certificado previsional, corroborar datos, establecimiento, sala, cama del centro receptor, etc.)
- Administrativos de oficina Nº 6: son responsables de entregar las Cartas de Resguardo (CR) al Gestor de Camas, Médico o profesional que realiza Gestión de Camas, recibir órdenes y planificación de traslado de las Ambulancias (horario inhábil), registrar información requerida por UGDD.
- Chofer de Ambulancia: es responsable de conducir el vehículo provisto para el traslado del paciente, de manera rápida, segura y oportuna.
- Secretaria de traslados UGC: es responsable de coordinar las ambulancias disponibles para el traslado de pacientes (según prioridad designada por el Gestor de Camas) recibir y archivar órdenes de traslado de pacientes, verificar información completa de órdenes de traslado, entregar al orden de traslado al TPM de ambulancia.
- Secretaria UGDD: es responsable de entregar información de camas disponibles en los establecimientos, solicitar firmas para Cartas de Resguardo (cuando el Gestor de Camas lo indique), rectificar información de paciente que se traslada (certificado previsional, corroborar datos, establecimiento, sala, cama del centro receptor, etc.)
- Administrativos de oficina Nº 6: son responsables de entregar las Cartas de Resguardo (CR) al Gestor de Camas, Médico o profesional que realiza Gestión de Camas, recibir órdenes y planificación de traslado de las Ambulancias (horario inhábil), registrar información requerida por UGDD.

7.7.- PROCEDIMIENTO DE RESCATE DE PACIENTES CRÍTICOS DERIVADOS A ESTABLECIMIENTOS DEL EXTRASISTEMA

Rescatar y trasladar de forma segura y oportuna a él o los pacientes derivados a camas críticas en el extrasistema (red privada) a una cama crítica dentro de la red asistencial pública una vez obtenida ésta, cuya condición de salud es grave o gravísima, requieren manejo y hospitalización en una cama crítica en el HUAP, y que por razones de diversa índole no se dispone de ésta dentro del establecimiento ni en la red pública, siendo necesaria la derivación a otro establecimiento de la red de salud privada que sí se la pueda otorgar.

Previa revisión de informes y/o conferencia telefónica con Médico residente encargado del paciente hospitalizado en extra sistema, se procederá el rescate. Si el paciente reúne condiciones clínicas estables y no presenta agravamientos de su condición se procederá al traslado.

a) Solicitar a secretaria de UGCC listado y carpeta de Pacientes Críticos en Extra Sistema.
b) Comunicarse telefónicamente con Médico de UPC donde está hospitalizado el paciente. Solicitar información completa del estado del paciente, solicitar informe escrito
c) Verificar existencia de Cama crítica dentro del HUAP con el EU Gestor de Camas y/o Residente de UPC. En caso de no existir cama en HUAP, realizar gestión de derivación a Hospital Público (HCSBA como prioridad, otros Hospitales Públicos)
d) Coordinar con Médico Residente de UPC de Destino la recepción del paciente, indicando estado clínico, condiciones generales, procedimientos realizados, etc.
e) Coordinar móvil, considerar Transporte Medicalizado o Ambulancia de Avanzada particular o de SAMU según condición crítica de paciente. En caso de ser SAMU llamar al Jefe Control Operativo SAMU (a números de contactos definidos) para definir horario de traslado.
f) Coordinar con Médico Residente de UPC donde se encuentra el paciente, la hora en que se trasladará y qué móvil lo hará. Si es necesario realizar contacto entre Médicos residentes.
g) Verificar el estado de Recepción del Paciente en lugar de destino, a través de llamada telefónica o visita directa (en caso de destino UPC HUAP).

h) Cerrar Caso en Página UGCC (www.saludresponde.cl) link Gestión de Camas.

i) Hacer 1 Clic en link Pacientes Derivados "todos"

j) Hacer 2 Clic en NOMBRE DE PACIENTE DERIVADO. Se desplegará ventana con historial del traslado.

k) Ingresar En "PACIENTE SALE DE HOSPITAL/CLINICA HACIA" Fecha y Hora de traslado.

l) Ingresar En "PACIENTE SALE DE HOSPITAL/CLINICA HACIA" Lugar de destino, indicar tipo de establecimiento, fallecimiento o domicilio; según corresponda.

m) Hacer 1 Clic en "CERRAR CASO"

Responsables

En Horario diurno (08:00 a 20:00 hrs. de lunes a viernes, 09:00 a 20:00 hrs. sábados, domingos y festivos) es de responsabilidad del Jefe de la UDG y/o Médico de Rescate y/o Gestor de Camas el rescate de pacientes derivados al extra sistema (red de salud privada), la coordinación de la recepción y traslado de este al establecimiento de salud público de destino.

8- PROCEDIMIENTO DE VISITA MÉDICA Y GESTIÓN DE CUIDADOS SEGÚN CONDICIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

8.1- Atención de Enfermeria

Al ingreso de los pacientes a los diferentes Servicios Clínicos del hospital, el familiar recibirá información general, de utilidad para su relación con el hospital y su entorno:

a) El paciente ingresa con su brazalete de identificación personal y con una camisa proporcionada por el hospital.

b) La familia debe traer sus útiles de aseo como: jabón, pasta dental, peineta, crema lubricante, colonia si la usa, toalla pequeña, champú, máquina de afeitar, zapatillas de levantarse en caso necesario.

c) No deben traer alimentos, ni bebidas.

d) Pañales si es necesario, la enfermera le informará.

e) Al paciente dependiente, se realiza baño en cama diario y aseo parcial las veces que sea necesario.

f) No traer ropa como camisas de dormir, pijamas, almohadones u otros.

g) Si en la evaluación de enfermería al ingreso su familiar, tiene riesgo de hacer úlceras por presión en las zonas de contacto o apoyo, de acuerdo a protocolo institucional, se tomaran medidas de prevención como colchón antiescaras y cubiertas protectoras para la piel.

h) Si en la evaluación de enfermería al ingreso o durante la estadía, su familiar presenta riesgo de caída, de acuerdo al protocolo institucional, se tomarán medidas de prevención como subir barandas de la cama y eventual contención farmacológica o física si se estima necesario.

i) El paciente tiene derecho a recibir apoyo espiritual de acuerdo a su credo religioso, debe comunicarse con la enfermera de la sala si necesita que lo visite o asista un sacerdote, pastor, rabino u otro.

9.- PROCEDIMIENTOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

9.1.- INFORMACIÓN MÉDICA A TUTORES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Una vez que los tutores se registraron en la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS), ubicada en el hall central, firman una carta de compromiso (ver en anexo N°24.1) que establece su deber de informarse e informar a la familia respecto de la evolución reportada a diario por el médico, en horarios establecidos por piso.

El médico identifica y reconoce a su interlocutor con el brazalete rojo que porta en su muñeca (ver en anexo N°24.2).

Todos los días, según los horarios disponibles tutor inicia su jornada de acompañamiento en el encuentro con el médico. Quien le informa sobre lo siguiente:

- Estado del paciente
- Evolución respecto de la entrevista anterior.
- Procedimientos y exámenes practicados, con sus resultados.
- Pronóstico del paciente.

Respecto al pronóstico es importante destacar que la información entregada debe considerar el estado real del paciente y la generación de diferentes escenarios, a la luz de las complicaciones frecuentemente registradas. Lo anterior tiene el objetivo de prevenir reclamos y solicitudes de mediación que generalmente convergen en el manejo de información errada,

lo cual genera expectativas y creencias irracionales en relación a la recuperabilidad de los pacientes.

En los servicios que no cuentan con extensión del horario de visitas, el médico deberá informar según el horario dispuesto, al familiar más cercano

Con el fin de evitar que distintas personas soliciten información respecto al mismo paciente dentro y fuera del horario de visita y hacer seguimiento del proceso, el médico registrará en la ficha clínica:

- Constancia de que se informó según protocolo.
- Nombre y parentesco con el paciente, de la persona informada.
- Nombre legible del médico (no firma)

Ej.: *"Se informa al Sr. Juan Olivares (hijo) según protocolo". Dr. Ramón López.*

Estructura de la entrevista médica.

- Saludo y presentación.
- Identificación del paciente.
- Provisión de información respecto a estado, procedimientos, evolución y pronóstico.
- Resolución de dudas.

9.2.- INFORMACIÓN A ACOMPAÑANTES DE PACIENTES EN ATENCIÓN DE URGENCIA

El psicólogo de enlace cada dos horas (09.00, 11.00, 13.00, 15.00, 17.00 y 19.00 hrs.), debe pasar por los sectores de atención: leves, urgencia, emergencia, traumatología hombres y mujeres y registrar en una planilla (ver en anexo N°24.3), los pacientes en atención y los que permanecen esperando.

Debe registrar información relevante de ser entregada a los acompañantes en la sala de espera, proveniente del Dato de Atención de Urgencia y/o del personal del servicio.

Con esa información, llamará a viva voz a los acompañantes de los pacientes de la lista ubicados en la sala de espera y les entregará información sobre la ubicación, estado, procedimientos y pronóstico de pacientes en atención de urgencia; al mismo tiempo les informará la etapa del proceso en la que se encuentran.

Posteriormente entregará la planilla a la OIRS del servicio de urgencia, con el fin de apoyar la entrega de información, esta vez de manera reactiva, a acompañantes que no estaban presentes en la sala de espera al momento del llamado.

Por último, los psicólogos de enlace completarán un informe de estado de situación que sirve como apoyo para la gestión del servicio de urgencia; información que es compartida con el Jefe del Servicio de Urgencia y la Unidad Gestión de Camas. La información se consolida con el fin de establecer perfiles mensuales de espera.

9.3.- INFORMACIÓN A LA FAMILIA DE PACIENTES OPERADOS

Diariamente la secretaria del Servicio de Pabellón envía la tabla quirúrgica (ver en anexo N°24.4), documento en el cual se indica los pacientes, con el respectivo horario en el que serán operados, al mismo tiempo que el equipo que intervendrá al día siguiente.

Entre las 18.00 y 20.00 horas, el funcionario de apoyo en la OIRS de Hospitalizados, avisa telefónicamente a los tutores de los pacientes en tabla o al contacto que se registre en pantalla.

Al familiar, se le indica la hora en la cual está planificada la cirugía advirtiendo que esta podría variar en razón de las situaciones de urgencia que se deban atender. Al mismo tiempo se le informa la relevancia de estar presente al finalizar el procedimiento, con el fin de que el cirujano a cargo pueda informar inmediatamente después.

Por último se informa que sólo podrán ingresar dos personas incluyendo el tutor.

Cuando la información que se debe entregar es catastrófica, podrán solicitar apoyo de Psicología de Enlace en horario diurno (08.00 a 20.00 hrs.) con el fin de contener las manifestaciones emocionales que pudieran producirse.

Con el fin de evitar que distintas personas soliciten información respecto al mismo paciente y hacer seguimiento del proceso, el médico registrará en la ficha clínica:

- Constancia de que se informó según protocolo.
- Nombre y parentesco con el paciente, de la persona informada.
- Nombre legible del médico (no firma)

Ej.: *"Se informa al Sr. Juan Olivares (hijo) según protocolo". Dr. Ramón López.*

<u>Información Médica:</u>

El cirujano responsable deberá informar en un lenguaje sencillo al tutor o familiar que espera, una vez concluida la intervención quirúrgica, sobre los siguientes puntos:

- Estado del paciente durante y posterior a la cirugía.
- Procedimiento practicado.

- Plan post-quirúrgico.
- Evolución esperada.

9.4.- INFORMACIÓN A FAMILIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN BOX DE URGENCIA

El médico asignado a cada sector debe tomar conocimiento al inicio del turno, de los pacientes hospitalizados en el mismo, deberá revisar su ficha clínica e informarse de la situación de cada uno.

En el horario indicado (12.00 hrs), la visita de pacientes hospitalizados transitoriamente en box de urgencia, debe solicitar un pase de visita (ver en anexo N°24.5) en la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS), ubicada en el acceso a urgencia.

Con el pase de visita, el médico distinguirá a la visita previamente autorizada e informará al portador sobre los siguientes puntos:

- Estado del paciente
- Evolución respecto del día anterior.
- Procedimientos practicados.
- Pronóstico del paciente.
- Plazo y destino estimado de traslado cuando existe certeza.

Respecto al pronóstico es importante destacar que la información entregada debe considerar el estado real del paciente y la generación de diferentes escenarios, a la luz de las complicaciones frecuentemente registradas. Lo anterior tiene el objetivo de prevenir reclamos y solicitudes de mediación que generalmente convergen en el manejo de información errada, lo cual genera expectativas y creencias irracionales en relación a la recuperabilidad de los pacientes.

Con el fin de evitar que distintas personas soliciten información respecto al mismo paciente en el horario de visita y hacer seguimiento del proceso, el médico registrará en la ficha clínica:

- Constancia de que se informó según protocolo.
- Nombre y parentesco con el paciente, de la persona informada.
- Nombre legible del médico (no firma)

Ej.: *"Se informa al Sr. Juan Olivares (hijo) según protocolo". Dr. Ramón López.*

En caso de que segundas personas soliciten información, se verificará este registro y se remitirá a la persona que fue informada.

10.- PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Consentimiento Informado es un derecho fundamental del paciente, es la expresión paradigmática de la autonomía en medicina, que se ejerce en el HUAP a través de la aplicación de un procedimiento, que consiste en explicar a un paciente (atento y mentalmente competente o en su defecto a su representante legal), la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos recomendados, conforme al saber actual de la ciencia y de las buenas prácticas médicas, tras lo cual se le solicita su aprobación y anuencia para ser sometido a dichas intervenciones.

El ejercicio de este derecho es libre, voluntario, expreso e informado. Todo paciente competente y debidamente informado tiene el derecho de aceptar o rechazar las terapias sugeridas por el médico ejerciendo su autonomía.

El proceso comunicativo se da por logrado cuando coincidente o discrepante con el médico, el enfermo toma una decisión autónoma en base a suficiente información.

El Consentimiento Informado perfecto es un proceso de encuentro y diálogo entre el equipo médico y el paciente, desde que se ven por primera vez hasta que se da el alta definitiva.

Por ello, el concepto no se reduce a un simple aceptar o rechazar un tratamiento, o una intervención, sino se centra en el mismo proceso de llegar a un consentimiento.

10.1.- ¿QUIÉN DEBE ENTREGAR LA INFORMACIÓN?

Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información. Este "médico responsable" tiene que ser el principal agente del proceso de información, tanto del diagnóstico como del tratamiento, y quien debe informar a los pacientes sobre los procedimientos aconsejados. Justo en este ámbito de relación es donde el proceso del CI tiene el pleno sentido.

También han de asumir responsabilidades en el proceso de información aquellos profesionales que lo atiendan o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto. El

responsable último de completar dicha información y obtener el consentimiento es quien realiza la intervención.

10.2.- ¿CÓMO SE DEBE ENTREGAR LA INFORMACIÓN?

El médico tratante debe proporcionar una información adecuada de la forma más sencilla y clara posible, que permita al paciente asumir una decisión con conocimiento de causa. Este proceso supone y exige que la presentación de la información al paciente sea comprensible y no sesgada, la colaboración del paciente debe ser conseguida en forma libre y sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente, en caso contrario, el documento se considera inválido.

10.3.- ¿QUÉ INFORMACIÓN ENTREGAR?

a. Sobre qué se está pidiendo consentimiento (nombre del procedimiento).
b. Para qué se va a hacer el procedimiento o tratamiento (objetivos claros).
c. Qué se espera obtener como resultado (beneficios esperados a corto, medio y largo plazo)
d. Cuáles pueden ser los riesgos que se corre (riesgos más frecuentes, riesgos más graves y riesgos personalizados)
e. Qué alternativas existen a lo que se está proponiendo (alternativas disponibles, con sus riesgos, molestias y efectos secundarios)
f. Qué ocurriría (clínicamente) si el paciente decide no acceder a lo que se le ofrece (riesgos de no tratarse o aceptar un procedimiento)
g. Qué hacer si necesita más información (a quien preguntar, dónde y cómo, información completa y continuada)
h. Qué hacer si cambia de idea frente al consentimiento otorgado o rechazado
i. Los Criterios por los que el médico recomienda el procedimiento escogido

Los riesgos no deben minimizarse, las palabras simple, habitual, rarísimo o riesgo menor no deben emplearse, asimismo evitar las frecuencias estadísticas numéricas, explicarlas con palabras, frases del tipo "de cada 100 sujetos a los que se le hace este procedimiento, a 2 se les puede presentar este problema"

La frase relativa a la ausencia de garantía de resultado no debe considerarse como un sustituto de la explicación detallada de los riesgos.

Debe consultarse al paciente acerca si ha comprendido, si tiene dudas o necesita tiempo o información adicional.

El llevar a cabo el proceso de consentimiento informado supone buscar mecanismos que aseguren la comprensión de los contenidos de la información que se proporcionará, por ello, es fundamental buscar una situación adecuada. Se trata de evitar que el paciente se sienta desvalido y vulnerable. Esto significa que, idealmente, el enfermo no esté sedado, dolorido, o nervioso por la proximidad de un procedimiento.

10.4.- ¿DÓNDE ENTREGAR LA INFORMACIÓN?

Es deseable que el consentimiento informado se realice en un ambiente adecuado tanto para el médico que entrega la información como para el paciente o los familiares que la reciben y deben acceder o rechazar las propuestas. Idealmente se debe disponer de una sala, consulta privada, en nuestra realidad de Servicio de Urgencia donde sea posible conversar con tranquilidad, sin interrupciones y en un ambiente que asegure la privacidad del paciente y la confidencialidad de la información. Asimismo debe ser un lugar donde el paciente se sienta lo más cómodo posible y sienta libertad para tomar una decisión en conciencia.

Al mismo tiempo es recomendable que cada día que se vaya entregando información al paciente o la familia sobre la situación actual del enfermo, deje constancia de este procedimiento en la ficha clínica, de manera de incluir la entrega sistemática de información como parte esencial de la relación médico-paciente.

10.5.- REQUIEREN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO EN EL HUAP

- Todo paciente que se hospitaliza en el HUAP.
- Intervenciones quirúrgicas con anestesia general o regional
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos
- Procedimientos y tratamientos Endoscópicos
- Radiología invasiva e intervencionista: con medio de contraste y/o anestesia
- Transfusiones de Hemocomponentes
- Procedimientos Anestésicos autónomos

- Examen para detección del VIH (Ley 19.799 del 2001)
- Participación en protocolos de investigación: el formulario es único para cada protocolo

Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal. Sin embargo, la información misma, como el hecho de su entrega, deben constar por escrito en los casos antes descritos.

10.6.- EXCEPCIONES

Excepciones, en que no se requiere la manifestación de voluntad de la persona y en la cual el médico está facultado para tomar decisiones sin consultar al paciente.

a) En caso que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones en que se requiere decisión informada escrita, supongan un riesgo para la salud pública, debiendo dejar constancia de ello en la ficha clínica de la persona.

b) Cuando la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital y/o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable, y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad, y no sea posible obtener el consentimiento de la persona que subrogue su decisión.

c) Si la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o por no ser habido. En estos casos, se deben tomar las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida.

10.7.- COMPETENCIA O CAPACIDAD SANITARIA PARA LA TOMA DE DECISIONES Y SU EVALUACIÓN

El hecho que la Competencia o Capacidad sanitaria sea un elemento central en la práctica del proceso de Consentimiento Informado, hace que ésta sea para el profesional de la salud de una gran responsabilidad ética, fundamentada tanto en el principio de autonomía como en los principios de beneficencia y de no maleficencia. El respeto a la dignidad y libertad de las personas como agentes autónomos obliga a asegurar las condiciones necesarias para permitir que el paciente tome una decisión autónoma.

El Derecho Civil Chileno, en tanto, distingue: capacidad de goce como la aptitud legal de las personas para adquirir derechos y obligaciones y capacidad de ejercicio como la aptitud

de las personas para obrar por sí mismas sin el ministerio o autorización de otro, lo que supone la existencia de una voluntad capaz de con responsabilidad y con libertad en actos.

La Competencia o Capacidad para tomar decisiones en salud: discernir se define por la presencia de un cierto número de habilidades, fundamentalmente psicológicas (afectivas, cognitivas, volitivas) que permiten tomar en forma autónoma una decisión concreta en un momento determinado. Los criterios de capacidad sanitaria hacen referencia fundamentalmente a las aptitudes de los pacientes para recibir, comprender y procesar racionalmente información, tomar una decisión y comunicarla adecuadamente.

No dice nada de la capacidad para tomar otras decisiones, ni es un juicio respecto de la capacidad legal. Así, se puede ser capaz para tomar decisiones de la vida diaria y no para decidir un tratamiento o participar en una investigación. Puede entenderse como un continuum entre dos puntos extremos: la capacidad plena y la incapacidad total, existiendo un punto de corte por debajo del cual se califica de incapaces a los sujetos, y por sobre el cual se les considera capaces. Los estándares exigidos no son siempre los mismos, sino que ellos se deben definir en función del tipo de decisión a tomar. Así el umbral de capacidad no es fijo sino móvil

Actualmente, a los pacientes se les reconoce autonomía para tomar decisiones si manifiestan capacidad para ello, actúan intencionalmente, en ausencia de influencias externas, y expresan su voluntad tomando en cuenta las consecuencias que dichas decisiones tienen para su salud y para su vida futura.

10.8.- RELACIONES DE SUSTITUCIÓN

Decisiones frente a un paciente incompetente: En un paciente incompetente, la decisión corresponde a la familia, a un representante o sustituto, o al médico. La delegación de las decisiones a la familia se basa en el supuesto de que los familiares *representan mejor los intereses del paciente*, conocen sus valores y objetivos vitales, y se espera que, en general, estén *movidos por el amor hacia el paciente.*

Es importante recordar que los pacientes incompetentes son personas y como tales no son propiedad de otros. Esto significa que los familiares, así como el médico, deben guiar sus decisiones en conformidad con ciertos valores éticos primarios como son el respeto a la vida, la compasión y el principio de no dañar.

10.9.- CONSECUENCIAS DE NO OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Se vulnera el derecho humano fundamental de Autonomía del paciente
- Se asumen las consecuencias de los riesgos NO informados
- Se responde por negligencia, aún en casos que el acto médico-técnico sea diligente (se discute)
- El médico NO tiene la prueba de que sí informo al paciente y obtuvo el consentimiento
- Se dificulta el cobro de la prestación

10.10.- PROCEDIMIENTO

a) Explicar al paciente y/o representante legal o apoderado la relevancia de este procedimiento.
b) Entregar información al paciente y/o representante legal o apoderado según Guía Aplicación Consentimiento Informado HUAP
c) Utilizar un lenguaje comprensible sin sesgo de información
d) Explicitar el derecho a revocación.
e) Entregar al paciente el documento Consentimiento Informado (ver en anexo 24.6)
f) Dar un tiempo prudente para la lectura del documento por parte del paciente
g) Indicar lugar de firma del paciente
h) Firmar en el espacio destinado al médico
i) Consignar fecha y hora
j) Archivar en Ficha clínica, consignándose este hecho en ella.
k) Entregar copia del documento al paciente o representante legal

10.11.- REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

a) Informar al paciente de su derecho a revocar su consentimiento, cuando él lo solicite, sin que sea necesario revelar las causas o circunstancias que le llevan a tal revocación.
b) Entregar al paciente el documento Revocación del Consentimiento Informado
c) Dar un tiempo prudente para la lectura del documento por parte del paciente
d) Indicar lugar de firma del paciente

e) Consignar fecha y hora de la firma

f) Firmar en el espacio destinado al médico

g) Archivar en Ficha clínica, consignándose este hecho en ella.

h) Entregar una copia de este documento al paciente

11.- CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN

Para dar cumplimiento al Programa de calidad se estableció la monitorización y evaluación continua de Indicadores de calidad y seguridad asistencial, se definieron y priorizaron, según el estándar de Acreditación Nacional para Atención Cerrada, con el propósito de brindar una atención centrada en el paciente, oportuna, eficiente y segura.

Estos indicadores están desarrollados en la plataforma SISQ, a la cual, tienen acceso todos los supervisores y encargados de calidad de los servicios clínicos y de apoyo.

11.1.- GESTIÓN CLÍNICA

- GCL-1.1 Umbral de cumplimiento: 75%. Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre – anestésica. Se ha definido indicador y umbral de Cumplimiento.
- GCL-1.2 Umbral de cumplimiento: 75%.Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de enfermería. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
- GCL-1.3 Umbral de Cumplimiento: 50%Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación y manejo del dolor agudo. Se ha definido indicador y umbral de Cumplimiento
- GCL-1.7 Umbral de cumplimiento: 75%. Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión .Se ha definido indicador y umbral de
    - Cumplimiento
- GCL-1.9 Umbral de Cumplimiento: 75%. Se aplica un programa de evaluación y mejoría de la contención física de pacientes en agitación psicomotora, para prevenir eventos adversos asociados a su uso. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

- GCL-1.12 Umbral de cumplimiento 90%. Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso de identificación del. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
- GCL-1.13 Umbral de cumplimiento 66%. Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Uso de anticoagulantes orales. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
- GCL-2.1 Umbral de cumplimiento: 75%Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención: Prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento, relacionados con las Medidas de prevención.
- GCL-2.2 Umbral de cumplimiento: 75%. Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención: Prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento, relacionados con el cumplimiento de las medidas de prevención.
- GCL-3.2 Umbral de cumplimiento 100% El prestador institucional cuenta con un sistema de vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) que cumple con la normativa nacional. Se han definido indicadores (tasas de IIH) y umbrales de cumplimiento para cada una de las IIH vigiladas
- GCL-3.3 Umbral de cumplimiento 75%. Se realizan actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de la normativa de Control y Prevención de las IIH.. Se han definido indicadores y umbrales de cumplimiento.

11.2.- ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN.

- AOC-1.2 Umbral de Cumplimiento 66%El prestador institucional utiliza un sistema de priorización de la atención de urgencia. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
- AOC-1.3 Umbral de Cumplimiento75%. Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

11.3.- RECURSO HUMANO

- RH-4.3 Umbral de Cumplimiento 66%Se aplica un programa de vacunación del personal. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con la cobertura del personal de riesgo.

11.4.- REGISTROS

- REG-1.2 Umbral de Cumplimiento: 75% El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
- REG-1.3 Umbral de Cumplimiento 50% El prestador institucional entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
- REG-1.4 Umbral de Cumplimiento: 66% Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad, por el tiempo establecido en la regulación vigente. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

11.5.- SERVICIOS DE APOYO

- APL-1.2 Umbral de Cumplimiento: 75% El Laboratorio norma, aplica y evalúa periódicamente los procesos de la etapa pre analítica. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con problemas de la toma de muestra detectados en el Laboratorio.
- APL-1.3Umbral de Cumplimiento: 75%El Laboratorio aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de las etapas analítica y post analítica. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con: tiempo de respuesta de exámenes urgentes o provenientes de unidades críticas.
- APF-1.4Umbral de Cumplimiento: 66%. El prestador institucional utiliza procedimientos de Farmacia actualizados de las prácticas relevantes para resguardar la seguridad de los pacientes. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
- APF-1.5Umbral de Cumplimiento: 50%. Farmacia estandariza procedimientos relacionados con medicamentos y evalúa su cumplimiento en las diferentes Unidades Clínicas. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
- APF-1.7Umbral de Cumplimiento: 100%La elaboración, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral se realiza bajo condiciones seguras para los pacientes. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

- APE-1.3 Umbral de Cumplimiento: 66% El material es procesado de acuerdo a métodos de esterilización basados en las normas técnicas vigentes en la materia y se evalúa su cumplimiento. Se han definido al menos 2 indicadores y umbrales de cumplimiento.
- APE-1.4Umbral de Cumplimiento: 75%El almacenamiento de material estéril se realiza de acuerdo a normas técnicas vigentes en la materia. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
- APE-1.5 Umbral de Cumplimiento: 66%La Desinfección de Alto Nivel (DAN) se realiza de acuerdo a normas técnicas vigentes en la materia y se evalúa su cumplimiento. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
- APA-1.2 Umbral de Cumplimiento: 66%El Servicio de Anatomía Patológica aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de la etapa pre-analítica. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
- APA-1.3Umbral de Cumplimiento: 100%El Servicio de Anatomía Patológica aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de las etapas analítica y post analítica. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. Al menos debe incluir indicador relacionado a control de calidad interno.
- API-1.2 Umbral de Cumplimiento: 66%Los procedimientos imagenológicos que conllevan riesgo para los pacientes se realizan en condiciones seguras. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
- API-1.3 Umbral de Cumplimiento: 66%El prestador institucional cuenta con un sistema de evaluación de la solicitud de exámenes y entrega de indicaciones para los pacientes que se realizan procedimientos imagenológicos. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento
- .APK-1.2 Umbral de Cumplimiento: 75%El prestador institucional resguarda la seguridad de la atención en la aplicación de kinesioterapia respiratoria. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
- APK-1.3 Umbral de Cumplimiento: 66%.El prestador institucional resguarda la seguridad de la atención en la aplicación de rehabilitación kinésica. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
- APTr-1.2 Umbral de Cumplimiento: 100%Se aplican procedimientos para que las transfusiones cumplan las condiciones necesarias para la seguridad de los pacientes. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

- APDs-1.1 Umbral de Cumplimiento: 66%Se aplican procedimientos para que la donación de sangre se realice bajo condiciones de calidad y seguridad. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
- APCs-1.2 Umbral de Cumplimiento: 100%El Centro de Sangre aplica procedimientos para la entrega de productos seguros y efectivos Se han definido indicador y umbral de cumplimiento.

12.- HORARIOS DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO

El Hospital de Urgencia Asistencia Pública, funciona los 365 días del año, los servicios clínicos y de apoyo trabajan en sistema de turno lo que permite entregar cobertura las 24 horas.

Los Servicios de Urgencia y Dental de Urgencia, atienden en horario continuo y sin interrupción, a diferencia del Servicio de Kinesiterapia, Policlínico y las oficinas administrativas que atienden en horario hábil.

13.- HORARIOS DE VISITA Y ACOMPAÑAMIENTO DE PACIENTES

13.1.- VISITA GENERAL:

Cada paciente tiene asignado dos pases de visitas, estos son entregados 15 minutos antes de la visita por el personal de seguridad. Excepto en el Servicio de Urgencia y en el Sector IAAS donde los pacientes hospitalizados transitoriamente en box tienen asignado un pase de visita intercambiable.

Es deseable que la familia se organice para que accedan familiares cercanos prioritariamente.

El intercambio de pases siempre debe ser realizado en el control de acceso, es decir en el primer piso. La coordinación del tiempo de permanencia de las visitas, cuando estas exceden el máximo permitido y es necesaria la rotación, es responsabilidad de las mismas.

El personal de seguridad contará con una lista actualizada por el personal de OIRS que contiene el censo por sector, con el fin de facilitar el control de acceso.

Ante cada visita deberá marcar la lista con el fin de identificar fácilmente la cantidad de personas que ingresa. El control del primer piso podrá realizarse 5 minutos antes del comienzo de la visita, con el fin de que el ingreso sea ordenado.

En caso de desconocer la ubicación del paciente, previamente debe consultarla en la OIRS.

El personal de seguridad ubicado en el acceso Curicó o Portugal según corresponda, y en cada acceso a los servicios clínicos, deberá coordinarse por radio cuando por alguna razón, se encuentren en el servicio más personas que las autorizadas. Al mismo tiempo deberá interactuar con el personal del servicio cuando se requiera.

13.2.- VISITA TUTOR:

El paciente y su familia, deberán acordar quién será el tutor o el responsable de acompañar al hospitalizado. Es la persona que conoce los antecedentes médicos del paciente, medicamentos que consume, enfermedades preexistentes, hábitos, entre otros.

13.2.1. Registro de tutores:

Los familiares de pacientes que se encuentran presentes al momento de la hospitalización, reciben un folleto explicativo del sistema en la oficina de Hospitalización (ver en anexo 24.7).

Si los pacientes suben a los diferentes servicios, desde el servicio de urgencia, antes de las 12.00 hrs. podrán realizar el trámite de tutoría el mismo día, para lo cual deben concurrir previamente a la oficina N°10, donde son orientados, respecto de la situación previsonal, una vez informados, se les entrega un pase, con el cual se dirigen a la OIRS.

Una vez en la OIRS, los usuarios reciben una carta autocopiativa (ver en anexo 24.1) que establece una serie de compromisos, debe leer, completar los datos y firmar, la copia queda para el tutor y la original se archiva en la OIRS, pues contiene los datos del acompañante del paciente.

Se registra en el libro de ingreso, la identidad del tutor, confirmada con su cédula de identidad.

Toda vez que firma la carta, se le coloca un brazalete de color rojo (ver en anexo 24.2) en la muñeca, con el que debe identificarse en los accesos, en el control de seguridad. El brazalete es intransferible, pues se considera util que sea una única persona quien lo porte, con el fin de que se involucre en el proceso completo.

El sistema admite un cambio, en razón de las dificultades que puede tener el tutor que se compromete desde el inicio.

Al mismo tiempo se le entrega una tarjeta de identificación (ver en anexo 24.8) que el tutor debe completar con los datos del paciente, sala, cama y nombre del tutor; la tarjeta debe ser instalada en la cabecera del paciente.

Una vez que el paciente es dado de alta el brazalete debe ser retirado y desechado por el personal del servicio o bien entregado en la OIRS.

En ningún caso, el personal de seguridad podrá recibir brazaletes de visitas de pacientes dados de alta.

13.2.2.- Deberes del tutor:

- Acompañar al paciente, alentarlo y distraerlo.
- Colaborar con lo que el personal de salud le solicité.
- Aprender los procedimientos que se le indican para continuar los cuidados al alta.
- Garantizar que el paciente reciba las visitas permitidas por el servicio, en orden y tranquilidad.
- Transmitir la información médica al resto de los familiares.

13.2.3.- Derechos del tutor:

- Podrá visitar al paciente durante 6 horas diarias, ingresando al hospital sin otros trámites al ingreso.
- Contará con la información médica en los horarios dispuestos.
- Conocerá el estado, evolución, pronóstico y procedimientos realizados al paciente, con el fin de continuar los cuidados al momento del alta y evitar recaídas.

- El médico identifica a su interlocutor válido, con el brazalete que porta, es responsabilidad del tutor, transmitir la información a los familiares y cercanos del paciente, interesados en conocer su estado.

13.3.- HORARIO DE VISITAS:

Servicio	Visita General	Visita Tutor	Información Medica
Urgencia	12.00 a 13.00 hrs.	_____	12.00 a 12.30 hrs.
Quemados 2° Piso. Sector C	15.30 a 16.00 hrs.	_____	16.00 a 16.30 hrs.
Médico Quirúrgico indiferenciado. Sector A 3° Piso	12.00 a 12.30 hrs. (Una persona No intercambiable.	_____	12.00 a 12.30 hrs.
Médico Quirúrgico indiferenciado. Sector C. 3° Piso	17.00 a 18.00 hrs.	12.00 a 17.00 hrs.	12.00 a 12.30 hrs.
Cirugía 4° Piso	17.00 a 18.00 hrs.	12.00 a 17.00 hrs.	12.00 a 12.30 hrs.
Traumatología 4° Piso	17.00 a 18.00 hrs.	12.00 a 17.00 hrs.	12.00 a 12.30 hrs.
Unidad de Pacientes Críticos. 5° Piso	12.30 a 13.00 y 17.30 a 18.00 hrs.	_____	12.00 a 12.30 hrs.
Medicina	16.00 a 17.00 hrs.	12.30 a 14.30 hrs.	12.30 a 13.00 hrs.

13.4.- ACOMPAÑAMIENTO EN SERVICIO DE URGENCIA:

Al Servicio de Urgencia, Kinesiterapia, Policlínico y Servicio Dental pueden ingresar acompañados por una persona:

- Pacientes discapacitados físicos y/o cognitivos.
- Paciente con compromiso de conciencia.
- Menores de edad
- Mayores de 65 años.

Cuando el médico lo requiera, llamará al familiar o acompañante por alta voz, el cual se escucha en la sala de espera. Es la enfermera del selector de demanda quien deberá indicar en el DAU, con el timbre "Un Acompañante", los pacientes autorizados a ingresar.

El acompañamiento considera el ingreso a box, sin embargo es fundamental que el acompañante sepa que el médico o la enfermera podrían indicarle salir momentáneamente, en cuyo caso deben acceder rápidamente.

El mismo criterio se aplica para el acompañamiento de pacientes que consultan en el Servicio Dental, Policlínico y Kinesiterapia.

13.5.- CONTROL DE LA NORMATIVA DE VISITAS

Es responsabilidad del personal de seguridad, controlar el cumplimiento de esta normativa. El personal de seguridad podrá retirar los acompañantes de los servicios cuando éstos presentan una conducta inadecuada al contexto hospitalario, por ejemplo cuando agreden física o verbalmente al personal, o cuando no adhieren a las normas indicadas, específicamente en lo referido a los horarios de acompañamiento y máximo de visitas permitidas.

Cualquier incumplimiento o entorpecimiento al adecuado desarrollo de este protocolo, será notificado a la empresa de seguridad, con el fin de tomar las medidas administrativas correspondiente. Para tal efecto serán válidas las notificaciones realizadas por las jefaturas clínicas y administrativas al encargado de seguridad, donde se advierta este tipo de situaciones. Especial atención merecen las situaciones donde se condiciona o facilita la visita por razones no definidas en este protocolo y cuando el personal de seguridad haga mal uso de los brazaletes de tutor.

13.6.- SITUACIONES DE EXCEPCIÓN

- ***Visitas que refieren incompatibilidad:*** Cuando las visitas entre si reportan dificultades familiares que les impide compartir la visita o acordar quien se registrará como tutor funciona el criterio de precedencia establecido para todos los fines legales, en primer lugar accederá la esposa, en segundo lugar los hijos, en tercer lugar los hijos y posteriormente las otras personas interesadas en visitar al paciente. Lo anterior opera únicamente cuando el paciente no está consciente y orientado para tomar la decisión.

  Cuando el paciente se encuentra orientado y consiente, podrá decidir por sí mismo quien desea que lo visite, las personas por el definidas, no necesariamente serán las mismas que señala el orden de precedencia anteriormente expuesto.
- ***Visitas que exigen mediación del hospital en situaciones de excepción:*** En ocasiones las dificultades familiares son irreconciliables y las visitas exigen al hospital coordinar a la familia o interesados en discordia a tomar la decisión respecto al acompañamiento del paciente. En estos casos, no corresponde al hospital mediar en situaciones de índole personal de las cuales se desconoce los antecedentes que la originaron. No forma parte de las responsabilidades funcionarias actuar como mensajero entre las diferentes partes de la familia, ni juzgar la conducta de sus partes.
- ***Visitas exigen ingresar fuera de horario:*** en ocasiones las visitas solicitan ingresar fuera de horario, en ese caso, es necesario evaluar la situación y con el debido criterio determinar si son admisibles los motivos que se esgrimen, en el caso en que se considere pertinente autorizar, se autorizará un máximo de 10 minutos de visita excepcional, avisando por radio al guardia de seguridad que estará circulando con el fin de hacer cumplir lo indicado.
- ***Visitas de pacientes en muerte digna:*** cuando los pacientes se encuentran fuera de alcance terapéutico y tal situación ha sido informada a la OIRS, se registrará en la nomina de pacientes tal situación con el fin de que el guardia de seguridad conozca esta situación y pueda autorizar la visita extendida que consiste en una persona hasta las 22.00 hrs. rotativa en el primer piso.
- ***Pacientes con autorizaciones especiales:*** cuando existan situaciones excepcionales que ameritan una autorización especial por ejemplo acompañamiento nocturno o fuera

de horario, se informará en la nómina de pacientes, con el fin de que el personal de seguridad advierta esta excepción.

- ***Visitas maltratan física o verbalmente a funcionarios:*** cuando el comportamiento de las visitas no se adecua al contexto hospitalario y éstas agraden verbalmente al personal, el personal del servicio reportará la situación al personal de seguridad quien podrá terminar anticipadamente la visita, advirtiendo que de persistir en esta conducta podrá perder el derecho a visitar al paciente de manera indefinida. Cuando se trata de mal trato físico la visita será interrumpida de manera inmediata e indefinida.
- ***Visitas exigen restringir el acceso a otros miembros de la familia o conocidos:*** ocasionalmente familiares exigen de acuerdo a su nivel de precedencia, bloquear las visitas a otros miembros de la familia o conocidos, al respecto es fundamental definir que los únicos medios para restringir la visita son la disposición del paciente, y la emanada de Tribunales de Justicia cuando el paciente deba ser custodiado. Cuando el paciente se encuentra inconsciente y es incapaz temporalmente de tomar esa decisión, corresponderá a las visitas coordinarse para hacer uso del sistema de acuerdo al sistema habitual.

14. MECANISMOS DE IDENTIFICACIÓN, ACREDITACIÓN DE LA AFILIACIÓN.

El ingreso de todo paciente que solicita atención en el HUAP, genera una serie de derechos y obligaciones que están establecidos por ley o por la Institución.

En este contexto, Admisión de Pacientes identifica aquellos derechos y deberes más relevantes que respaldan los procesos internos de la admisión, recaudación, garantización y cobranza, que se generan a partir de las prestaciones otorgadas a los pacientes, tanto en la atención abierta como cerrada.

14.1.- ATENCIÓN ABIERTA

14.1.1.- Único medio de identificación para acceder a la atención en el H.U.A.P.

El único medio de identificación para acceder a la atención de urgencia de todo paciente, es el Carné de Identidad, sea este usuario externo o interno.

De no contar con él, si el paciente o su acompañante entregan todos sus datos y éstos coinciden con los del certificador de FONASA, se confeccionará el DAU con los antecedentes proporcionados. Si el paciente o su acompañante no aporta datos, ingresará como NN.

14.1.2.- Medio de verificación previsional

El único medio de verificación previsional es el Certificador de FONASA, herramienta a la cual accede el funcionario de Admisión con el CI del paciente, de esta forma se valida su previsión.

La excepción a la regla la constituye el siguiente hecho: paciente aparece como FONASA A, B, C o D en el verificador y el propio paciente indica que se encuentra afiliado a una ISAPRE o trabaja a honorarios, situación que lo califica como PARTICULAR.

14.1.3.- Atención de urgencia

La ley prohíbe a los prestadores exigir dinero o cheque para garantizar el pago, a todo paciente que solicite atención en un servicio de urgencia, es decir, montos que no estén asociados a un valor específico del arancel correspondiente.

Prohíbe también condicionar de cualquier forma la atención, cuando se trate de pacientes en situación de riesgo vital o con riesgo de secuela funcional grave, la que deberá ser calificada por un Médico Cirujano. Ambas condiciones rigen tanto para prestadores públicos como privados.

En ese contexto Admisión puede diferenciar 3 formas de acceso de los pacientes al HUAP, las que determinarán las posibilidades de cobro o garantización de las prestaciones.

a) Recuperador: el DAU es confeccionado dentro del box no existiendo cobro alguno al momento del ingreso; el cobro se efectúa a familiares una vez que el paciente ya se encuentra en atención, o al propio paciente una vez que se encuentra estabilizado o de alta.

b) Ambulancias M1, M2 y M3: el DAU es solicitado por personal del SAMU por lo que no existe la posibilidad de cobro; el cobro por tanto se efectúa bajo las mismas condiciones del punto anterior.

c) Sus medios: se realiza el cobro directo o se garantiza a través de un pagaré y/o mandato especial en el momento de la confección del DAU directamente al paciente o a su acompañante, de acuerdo a la normativa vigente.

No obstante en este último caso, como política de la unidad y en lineamiento con las políticas de la institución si el paciente no dispone para cancelar o garantizar, se le entrega la atención de todos modos quedando la deuda pendiente para una fecha posterior.

Lo anterior en virtud de que el funcionario administrativo no posee las competencias para visualizar una posible emergencia en el paciente que ingresa por sus medios.

14.1.4.- Categorías de previsión y formas de pago

- **FONASA A**: costo 0 en cualquier atención de la Modalidad Institucional.
- **FONASA B:** costo 0 con excepción de la atención dental donde debe cancelar un 30% del arancel modalidad institucional (MAI)
- **FONASA C y D:** copago 10 y 20% prestaciones y 40% y 65% en medicamentos. En caso de atención dental un 50 y 80% respectivamente.
  La excepción la constituye el adulto mayor de 60 años y PRAIS debidamente certificado, en estos dos últimos casos el costo es 0.
- **ISAPRE:** cancela 100% Arancel a Particulares, excepción PRAIS debidamente certificado cuyo costo es 0.
- **PARTICULAR:** se refiere al usuario que no tiene su situación actualizada en FONASA, lo que no necesariamente constituye condición de pago. Se incluyen en este grupo los pacientes extranjeros con visa de turista y aquellos extranjeros indocumentados. Pago 100% Arancel a Particulares.
- **SOAP:** en este caso el cobro se hace a las Cias Aseguradoras con información que proporcionan las Fiscalías y/o Juzgados de Policía Local respecto del evento, debidamente validado.

El Artículo 33 de la Ley 18490 establece que " Las indemnizaciones y prestaciones previstas por el SOAP se pagarán con preferencia a cualquiera otra que favorezca a la víctima o a sus beneficiarios en virtud de coberturas propias del sistema de seguridad social, incluyendo la que provenga de la legislación sobre accidentes del trabajo, las que se pagarán en la parte no cubierta por el seguro de esta ley" .

Basado en lo anterior, la previsión (FONASA, ISAPRE o PARTICULAR) se hace valer en caso de que el SOAP no se haga efectivo por declaración de incobrabilidad, cuando los montos a cancelar superen la cobertura de las Compañías Aseguradoras, o por diferencias de arancel como ocurre en el caso de pacientes ISAPRE y PARTICULARES.

- **ACCIDENTES LABORALES Y DE TRAYECTO:** el Admisor está obligado a realizar una pesquisa, la que se hace ingresando los datos del accidente y accidentado al SINAISO (Sistema Nacional de Información en Salud Ocupacional).

  Debe además obtener del paciente, patrón o acompañante toda la información necesaria que permita confeccionar la DIAT (Denuncia Individual de Accidente del Trabajo).

  Si el paciente pertenece a una Mutual, debe garantizar la obtención de la orden de atención que permita facturar posteriormente al organismo administrador correspondiente, mediante un pagaré.

- **ACCIDENTE ESCOLAR:** corresponde a todo paciente que sufra un accidente en el establecimiento educacional, lugar de práctica profesional no remunerada o en el trayecto hacia o desde el establecimiento. Debe ser atendido con costo 0.

  Esta condición se valida con la presentación de la DIAE (Denuncia Individual de Accidente Escolar). Aún no presentándola si el paciente es traído por personal del colegio, la atención debe ser proporcionada sin costo alguno, en este caso el Admisor debe entregar la indicación necesaria para que el documento sea presentado con posterioridad.

- **PACIENTES GES:** el espíritu de la ley está enfocado entre otras cosas hacia la promoción de la atención primaria, por ello, para no desincentivar el acercamiento del paciente a estos centros de salud y dado además que el funcionario de Admisión desconoce el diagnóstico del paciente, es que toda atención de urgencia debe ser cobrada según los parámetros indicados en párrafos anteriores.

Es importante destacar lo siguiente:

- El funcionario de Admisión tiene la obligación de garantizar el derecho de acceso a la atención de cualquier paciente que la requiera, no obstante ello, debe cumplir con la normativa vigente cobrando y garantizando según corresponda de acuerdo a los lineamientos expresados en este documento.
- El HUAP solo atiende en la Modalidad Institucional tanto para Atención Abierta como Cerrada.
- El establecimiento tiene la obligación de mantener un listado visible de precios actualizado de las prestaciones básicas que la institución otorga.
- Admisión a través de la Oficina Nº 7 entrega certificados simples de atención a quien lo solicite y licencias médicas por atenciones ambulatorias solo en caso de accidentes laborales.

14.2.- ATENCIÓN CERRADA

El acceso a la hospitalización es desde el Servicio de Urgencia según indicación médica, por lo que diariamente el personal se informa a través del informe de sistema "Ingreso de pacientes con diagnóstico", de la totalidad de los pacientes hospitalizados durante las 24 horas anteriores, procediendo a verificar cada uno de ellos en el Certificador Previsional de FONASA.

14.2.1.- Confirmación Situación Previsional

La unidad de orientación previsional y cobranza confirma la condición previsional del usuario de la siguiente manera:

- Contacto telefónico.
- Citación a través de la Unidad de Informaciones.
- Atención personalizada en los módulos de la unidad.
- Entrega de informativos al momento firmar el pagaré.

14.2.2.- Informativos entregados

- Dirigido a pacientes beneficiarios de FONASA, con indicación en casos GES (incluye listado de patologías GES de resolución HUAP) y SOAP.
- Dirigido a pacientes ISAPRE, con indicación en casos SOAP.
- Dirigido a pacientes cuyo motivo de hospitalización es un accidente laboral o de trayecto, con indicación en casos SOAP.
- Dirigidos a pacientes sin previsión, con indicación en casos SOAP.

14.2.3.- Pacientes que deben dejar pagaré en garantía

- **FONASA C y D:** como garantía por cancelación directa del paciente o a través de un préstamo médico institucional que otorga FONASA según requisitos que la entidad indica.
- **ISAPRE:** como garantía por cancelación directa del paciente o través de la ISAPRE, de acuerdo a los procedimientos internos de cobro.
- **Particular:** como garantía de cancelación o por certificación previsional. En este caso existe la posibilidad de que el paciente sea atendido por un Asistente Social de la Institución, quien evaluará la situación pudiendo eventualmente cambiar la forma de pago a FONASA A.
- **SOAP:** como garantía por la documentación correspondiente, por diferencias de arancel en el caso de ISAPRES y PARTICULARES, por exceder las 300 UF y por declaración de incobrabilidad.

En este caso el cobro se hace a las Cias Aseguradoras con información que proporcionan las Fiscalías y/o Juzgados de Policía Local respecto del evento. El documento con los antecedentes es solicitado a los familiares del paciente, el que es validado de acuerdo a procedimientos establecidos institucionalmente.

El Artículo 33 de la Ley 18490 establece que " Las indemnizaciones y prestaciones previstas por el SOAP se pagarán con preferencia a cualquiera otra que favorezca a la víctima o a sus beneficiarios en virtud de coberturas propias del sistema de seguridad social, incluyendo la que provenga de la legislación sobre accidentes del trabajo, las que se pagarán en la parte no cubierta por el seguro de esta ley" .

Basado en lo anterior, la previsión (FONASA, ISAPRE o PARTICULAR) se hace valer en caso de que el SOAP no se haga efectivo por declaración de incobrabilidad, cuando los

montos a cancelar superen la cobertura de las Compañías Aseguradoras, o por diferencias de arancel como ocurre en el caso de pacientes ISAPRE y PARTICULARES.

- **Accidentes laborales y de trayecto:** como garantía por las órdenes de atención o por presentación de las DIAT/DIAE.
- **Convencional:** como garantía por órdenes de atención.

14.2.4.- Pacientes están exentos de esta norma

- FONASA A y B certificados por FONASA/ Sin seguros involucrados.
- FONASA C y D con patología GES de resolución HUAP quienes deben hacer la cancelación en FONASA/Sin seguros involucrados.
- FONASA C y D e ISAPRE beneficiarios del PRAIS/Sin seguros involucrados.
- Accidentes laborales con DIAT afectos al SSS/Sin seguros involucrados
- Accidentes laborales con orden de atención/Sin seguros involucrados
- Accidente escolares con DIAE/Sin seguros involucrados.

14.3.- COBRANZA

14.3.1.- Cobranza al usuario

- La valorización de la cuenta puede durar hasta 3 días, dependiendo de la estadía y se realiza con posterioridad al alta.
- Para su notificación se entrega una prefactura que contiene el detalle de cada una de las prestaciones, con valores totales y unitarios.
- El paciente FONASA puede cancelar directamente al establecimiento pactando cuotas o cancelando a través de un préstamo médico.
- El paciente ISAPRE pacta las diferencias, una vez efectuada la primera instancia de cobro a la Institución de Salud Previsional correspondiente
- Si el paciente no cumple con lo acordado se llama a los fonos dejados hasta 3 veces.
- Si no existe respuesta a los llamados se envía carta de cobranza al domicilio dejado.

Es importante destacar:

- La firma del pagaré como garantía, será solicitada por funcionarias de la Unidad de Orientación y Cobranza en el primer contacto que se tenga con el usuario, ya que la situación previsional debe estar formalizada al momento del alta o derivación.
- Como complemento a la firma del pagaré, la unidad solicitará un comprobante de domicilio.
- No existe cobro de interés.
- Si no existe respuesta a la cobranza efectuada, la ley faculta a las Instituciones para realizar retención en la Operación Renta correspondiente, lo que se hace a través de FONASA.

14.3.2.- Cobranza a Instituciones

- Se envía ordinario informando cuenta a la ISAPRE.
- Se envía factura a ISAPRE, Cias. Aseguradoras e Instituciones en convenio. En todos estos casos como se indica en punto 3, es el paciente quien debe garantizar a través de la firma de un pagaré, la consecución de los objetivos o el pago de las diferencias no cubiertas por las instituciones mencionadas.

14.4.- RESPECTO DE LAS LICENCIAS MÉDICAS, ENTREGA DE CERTIFICADOS CON DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES CLÍNICOS.

La oficina Nº 7 entrega los siguientes documentos a pacientes hospitalizados:

- Licencias Médicas a pacientes de Medicina, Cirugía, Urgencia, Médico Quirúrgico; en el resto de los servicios la licencia médica es entrega por las Secretarías de piso. Se excluyen los pacientes clasificados por FONASA como grupo A o aquellos que no registran previsión, esta validación la efectúa la Unidad de Orientación Previsional y Cobranza.
- Certificados con diagnóstico y fotocopia de la ficha clínica a pacientes o a su representante debidamente autorizado por paciente.
- Certificados con diagnóstico y fotocopias ficha clínica a ISAPRES y Cias. Aseguradoras debidamente autorizadas por paciente.
- Otras Instituciones con solicitud a la Dirección.

14.5.- ATENCIÓN EN POLICLÍNICO

- La Secretaría de Policlínico agendará hora para control al momento del alta del paciente.
- El paciente debe cancelar exámenes y procedimientos que le sean indicados con posterioridad al alta.
- Respecto de los controles, éstos quedan exentos de pago durante los 15 días posteriores al alta, desde entonces en adelante deben ser cancelados de acuerdo a la previsión del paciente o a los seguros involucrados.

15.- SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONARIOS

15.1.- REGISTRO

Todo funcionario que se incorpora al Hospital de urgencia Asistencia Pública, debe portar identificación visible que indique su nombre, apellido, profesión y unidad en la que se desempeña, el procedimiento consta de las siguientes etapas:

a) Presentarse en el Departamento de Personal, módulo de Registro que corresponda, según la dependencia donde va a trabajar.
   - Presentar, cedula de identidad.
   - Debe informar, si ha tenido algún nombramiento en la Administración Pública.
   - Completar y firmar Formulario de Declaración Jurada, que no tiene impedimento para ingresar a cargos de la Administración del Estado.
   - Se le informa en el grado, en el que se le va a pagar (según estamento). Puede preguntar el monto en los módulos de la Unidad de Sueldo, que están en la misma oficina.
   - Se le entrega otro Formulario tipo Declaración Jurada, donde se le pide documentación obligatoria.
     - Acreditación de Estudios (licencia media).
     - Título (solo si corresponde).

- Examen de salud que debe ser solo en la UST de la Institución.
- Certificado de Nacimiento.
- Situación militar (solo si corresponde)
- Certificado Previsional.
- Isapre o Fonasa.
- Declaración Jurada.
- En el caso de Profesional Extranjero, su Título debe estar autorizado por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

b) La documentación debe entregarse a la brevedad, ya que solo cumpliendo este requisito, va a ser ingresado al sistema computacional, para que ingrese en el proceso de pago del siguiente mes. Todos los documentos deben ser originales

15.2.- ENROLAMIENTO:

a) Se le asigna un número de Reloj Control (Rol)
b) Se graba en el Sistema de todos los Relojes.
c) Se le asigna jornada horaria.
d) Se graba la huella digital del funcionario.
e) Se le hace una pequeña Inducción Funcionaria.
f) Se le informa que tiene la obligación de marcar en los relojes entrada y salida, además que tiene derecho a colación que para el funcionario tiene costo cero.
g) Se realiza una inducción.
h) Se le entrega fotocopia de Manual de Inducción Funcionaria, de la Institución, además del Reglamento Interno de Higiene y Seguridad, para los trabajadores de la Red Asistencial del S.S.M.C. publicado por el I.N.P.

15.3.- CONFECCIÓN DE LA CREDENCIAL INSTITUCIONAL:

a) Se le saca foto, tipo carnet.
b) Se anota en cuaderno, datos personales y n° de rol asignado
c) En la credencial debe ir aparte de la foto:
    - Primer nombre.
    - Los dos apellidos.

- Función a desempeñar.
- N° de Rol.
- Dependencia a la cual va a trabajar.

d) Se imprime y se le entrega enseguida.

e) Se le indica que la tarjeta de identificación, actualmente es de carácter "Obligatorio, Personal e Intransferible". Que debe usarla durante toda la jornada de trabajo, en un lugar visible. Ya que está dentro del marco del "Compromiso de Gestión", de esta Institución, con el Ministerio de Salud.

16.- PROCEDIMIENTOS PARA RESGUARDAR LA PRIVACIDAD Y REGLAMENTACIÓN DE FICHA CLÍNICA

16.1.- NORMA DE MANEJO DE FICHA CLÍNICA

Todo paciente que requiera atención en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, deberá tener su ficha clínica, la cual será única e individual, confeccionada y manejada de acuerdo al presente protocolo

- La apertura de una Ficha Clínica se realiza en la Sección de Admisión (Oficina-6). En esta sección se completan los datos de la carátula, se anexa el material necesario para el buen uso de la ficha clínica. Se incorpora el Número de ficha clínica, que es único y el número de Episodio o cuenta corriente, que es diferente en cada hospitalización del paciente.
- Personal de Admisión entrega la ficha clínica confeccionada, al Servicio correspondiente
- Al alta del paciente la Ficha Clínica será enviada inmediatamente a la Unidad de Análisis Clínico-G.R.D. para procesar su contenido y posteriormente remitirla al Archivo para su custodia y resguardo. En ambos casos con una nómina donde conste su entrega y recepción.
- La entrada y salida de fichas desde Archivo, hacia Valorización u otras autorizadas por la Dirección Médica, se controlará a través de un sistema informático.

16.2.- FORMATO DE LA FICHA CLÍNICA

El orden debe ser el mismo para todos y cualquier servicio del H.U.A.P.

a) Carátula (ver en anexo 24.9)

a.1. Nº de Ficha Clínica

a.2. Nombre completo del paciente

a.3. Nº de Rol Único Nacional del paciente (R.U.N.)

a.4. Nº de Episodio de hospitalización (o cuenta corriente)

a.5. Identificación de condición de paciente AUGE

a.6. Fecha de Ingreso y egreso

a.7. Destino del paciente al alta (domicilio, derivación, fallecido realizada por EU)

b) Informe estadístico de egreso hospitalario

c) Epicrisis médica

d) Consentimientos Informados (aceptación o rechazo)

e) Documento de Voluntades Anticipadas si existe (Ej.: Testigos de Jehová)

f) Hoja de registros de Transfusión de Hemocomponentes

g) Hoja de registros de Exámenes Radiológicos

h) Hoja de registro de Exámenes de Laboratorio

i) Historia Clínica de ingreso

j) Evolución clínica diaria

k) Hoja de Indicaciones médicas

l) Interconsultas

m) Evaluación pre-anestésica a menos de 24 horas de la operación (si corresponde)

n) Protocolo Operatorio (si corresponde)

o) Protocolo de Anestesia (si corresponde)

p) Protocolo de Pausa de Seguridad (si corresponde)

q) Informe de Anatomía Patológica : Biopsia - Autopsia (si corresponde)

r) La planificación y evolución de cuidados de enfermería.

s) La aplicación terapéutica de enfermería.

t) El gráfico de signos vitales

u) Epicrisis de enfermería

Cuando hay más de una hoja de registros correspondientes a un ítem, el ordenamiento de los documentos que se hará en forma cronológica, creciente, donde el más antiguo encabezará el ordenamiento

En el caso en que un paciente haya cursado su hospitalización en más de un servicio este ordenamiento va a ser por servicio sucesivo, cronológicamente.

16.3.- REGISTROS

- Para realizar registros claros, válidos y que sean un aporte para el diagnóstico y tratamiento del paciente, se deberá optar en primera instancia por un procesador de textos. De no existir esa posibilidad las anotaciones se deben realizar con letra legible usando bolígrafo de color azul o negro.
- Cada uno de los registros contenidos en la Historia Clínica deberá contar con la correspondiente identificación del tratante responsable de dicho registro, con su nombre completo, firma, turno o servicio al que pertenece.
- Cada registro en la Historia Clínica debe efectuarse en forma clara, legible, sin abreviaturas, signos o siglas, salvo las de uso universal (Ej.: HTA, AVE, LCFA, HDA,), sin tachas ni borrones, enmendaduras ni intercalaciones, en orden, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio, sin dejar grandes espacios en blanco y en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realizó. La hora se registrará en formato 24 hrs. (Ejemplo: 22:15 hr.)
- En el caso de Técnicos y Auxiliares si no tienen la posibilidad de registro deben informar al médico de lo que consideran debe ser de conocimiento del equipo de salud y constar en la Historia Clínica

16.3.1.- Identificación y Enumeración Consecutiva de las hojas de evolución de la Ficha Clínica

- La Ficha Clínica debe tener cada una de sus hojas de evolución identificadas con el nombre del paciente y numeradas en orden correlativo.

- El médico tratante cada vez que inicie una nueva hoja de evolución clínica, la identificará con el nombre del paciente y numerará en forma secuencial con números arábigos.

16.3.2.- Características de los registros y consideraciones a tener en cuenta

- Los registros deben ser coherentes con el diagnóstico y plan de cuidados, y no estar en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo
- Fundamentados en principios científicos-técnicos
- Personalizados y de acuerdo a cada situación en concreto
- Dar cuenta de los recursos disponibles y su uso o la falta de éstos
- Dar cuenta de los riesgos y las medidas tomadas para prevenirlos
- Objetivos, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales
- Anotar, la información subjetiva que aporta el paciente, familiares y equipo sanitario. Citas textuales entre comillas
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas
- Evitar las generalizaciones y los términos vagos como "regular"
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, color, etc.
- La anotación debe ser clara y concisa, legibles y con tinta indeleble.
- Correcta ortográfica y gramaticalmente
- Trazar una línea sobre los errores, con firma de médico responsable al lado de la corrección
- Registrar causa física de complicaciones, lesiones o muerte
- Registrar y comentar hallazgos Clínicos
- Registrar y comentar hallazgos en Exámenes de Laboratorio
- Registrar y comentar hallazgos de Radiografías, TAC. RNM u otras imágenes
- Registrar y comentar cambio de Terapia
- Registrar causa de omisión del Tratamiento.
- Registrar cambios de estado del paciente
- Registrar información dada al paciente y/o familia
- Registrar presencia de Consentimiento Informado en Ficha Clínica (aceptación o rechazo)
- Registrar presencia de Declaración de Voluntades Anticipadas

- Registrar circunstancias extrañas a la atención que pudieran estar incidiendo en la evolución del paciente
- Registrar entrega de la información al paciente, respecto de la confirmación diagnóstica de alguno de los problemas de salud contenidos en las Garantías Explícitas en Salud, en el "Formulario de Constancia Información al Paciente GES" dejando archivada una copia de dicho Formulario en la Ficha Clínica
- Registrar Delegaciones-Encargos
- Registrar en caso de Derivación, nombre de Hospital o Clínica de destino con fecha y hora de Traslado
- Registrar identificación del Servicio o Unidad donde se otorgó la prestación así como nombre y firma del médico tratante
- Incidentes: Registrar Antes – Durante y Después

16.3.3.- Registros clínicos que contempla la ficha clínica en el HUAP

a) **Registro de Ingreso Médico**: (ver en anexo 24.10)*Responsables del llenado*: Médico que ingresa al paciente

Contenidos mínimos a llenar:

- Fecha de Ingreso.
- Hora de Ingreso.
- Medico de Turno.
- Nombre del paciente.
- Sexo del paciente.
- Estado civil del paciente.
- Ocupación.
- Previsión.
- Domicilio
- *Anamnesis actual:* motivo de consulta, antecedentes relevantes de la enfermedad actual, relación de síntomas y tratamientos recibidos con especificación cronológica, días de evolución, mecanismo del accidente o causa externa (si corresponde), si tiene consultas previas al Servicio de Urgencia por la misma enfermedad en los últimos días
- *Anamnesis remota:* antecedentes generales (referencia a tratamientos y antecedentes familiares, quirúrgicos del paciente, alergias, etc.), venéreos, gineco-obstétrico

- *Examen Físico General*: Coherente con motivo de ingreso, que incluya aspecto general, posición y decúbito, estado nutritivo, estado anímico, presión arterial, pulso temperatura, frecuencia respiratoria, saturación de oxigeno, evaluación del dolor-si está presente- en escala de 1 a 10 (se considera hoy el 5° signo vital) estado de conciencia con medición en escala de Glasgow en paciente con TEC
- *Examen Físico Segmentario:* Completo, coherente con motivo de ingreso que incluya cabeza (inspección, reflejos y alteraciones oculares), cuello (inspección, pulsos carotideos) tórax (inspección, percusión, auscultación cardiaca y pulmonar), abdomen (inspección, percusión, palpación, ruidos intestinales, tacto rectal, examen ginecológico, estos dos últimos cuando corresponda), genitales (inspección), columna, y extremidades (inspección, motilidad, reflejos, pulsos arteriales), examen neurológico
- *Diagnostico de Ingreso:* principales y segundarios
- Indicaciones, exámenes (claramente individualizados, con los comentarios correspondientes).Procedimientos efectuados y sector de destino del paciente (traslados internos o derivaciones)
- *Nombre y Firma del Profesional responsable del ingreso del paciente*
- *Nombre y Firma del Primer Ayudante del Servicio de Urgencia,* autorizando el ingreso del paciente y supervisando la completitud de la historia clínica.

b) Registro de Protocolo Operatorio (ver en anexo 24.11)

Responsables del llenado: Médico que realiza la intervención

Contenidos mínimos a llenar:

- Identificación del paciente (nombre y dos apellidos)
- Edad.
- Nº Ficha.
- Fecha de la operación.
- Hora de la operación.
- Duración de la operación.
- Diagnóstico Operatorio.
- Intervención efectuada
- Identificación de cada uno de los integrantes del equipo que participo 8 a lo menos 1° Nombre y 1° Apellido: Cirujano, Ayudante 1°, Ayudante 2°, Anestesista, Arsenalera, pabellonera y ayudante de Anestesia

- Tipo de Anestesia.
- Antibiótico.
- Especialidad que operó.
- Turno.
- Descripción detallada de la cirugía realizada Incidentes: Registrar Antes – Durante y Después
- Equipo de Profesionales que participaron

c) **Registro de Evaluación Anestésica Preoperatorio (Protocolo Anestesia).**(ver en anexo 24.12)

Responsables del llenado: Anestesiólogo que realiza la anestesia

Contenidos mínimos a llenar:

- Nº de Ficha.
- Fecha de la operación
- Hora de la operación
- Identificación del paciente (Nombre y dos Apellidos)
- Sexo.
- Edad.
- Diagnostico.
- Hecho importante.
- Condiciones Generales: constituido por 16 caracteres obligatorios de registro.
- Antecedentes: constituido por 9 caracteres obligatorios de registro.
- Exámenes: constituido por 19 caracteres de registro que se deben llenar de acuerdo a los exámenes solicitados.
- Inmediatos: constituido por 13 caracteres obligatorios de registro.
- Grupo de sangre.
- A.S.A.: valoración del riesgo anestésico.
- Observaciones.
- Nombre y Firma del Anestesiólogo
- Seguimiento de signos vitales (Presión arterial y frecuencia cardiaca)
- Drogas administradas
- Indicaciones operatorias

- Observaciones
- Incidentes: Registrar: Antes – Durante y Después

d) **Registro de Evolución diaria de paciente hospitalizado** (mínimo 1 vez al día y cada vez que el estado del paciente lo requiera).(ver en anexo 24.13)

Responsables del llenado: Médico del equipo o turno, asignado el paciente

Contenidos mínimos a llenar:

- Nombre del paciente
- Enumeración de hoja de evolución.
- Ficha.
- Servicio.
- Fecha y hora de la evolución.
- Evolución que a lo menos contenga: Descripción del estado general, escala de Glasgow (si corresponde), Signos Vitales (Establecer controles periódicos), Exámenes (comentarios y registro de evolución de alteraciones del examen físico y de funciones), Planteamiento de problemas no resueltos, Propuesta de Plan de manejo, Interconsultas, etc.
- Identificación del tratante responsable de dicho registro, con su nombre completo, firma, turno o servicio al que pertenece.

e) **Registro de Epicrisis Médica** (ver en anexo 24.14)

Responsables del llenado: Médico del equipo o turno, asignado el paciente

Contenidos mínimos a llenar:

- Nombre del paciente
- Nº Historia Clínica
- Nº de Episodio
- Fecha de ingreso y alta
- Servicio o Unidad de Egreso
- Nº de días pre operatorio (si corresponde)
- Resumen de las causa de consulta
    - Motivo de ingreso
    - Mecanismo del accidente o Causa Externa (si corresponde)
    - Relación de síntomas

- Evolución
- Tratamientos
- Complicaciones
- Infecciones, lugar y germen causal

- Diagnóstico(s) al alta
  - Diagnóstico principal (el que ocasiona el evento)
  - Diagnósticos Secundarios o Comorbilidad
- Procedimiento(s) al alta
  - Procedimiento principal (cirugía u otro), su fecha, hora, nombre y especialidad del médico que lo efectuó
  - Procedimientos Secundarios (en caso de Ventilación Mecánica especificar tiempo de permanencia en ella)
- Instrucciones médicas y recomendaciones, al alta
- Solicitud y/o resultados de Biopsia o Autopsia (si corresponde)
- Cuidados de enfermería al alta
- Referencia o citación a Policlínico
- Nombre y firma del médico tratante y responsable de la Epicrisis

f) Registro de Interconsultas (ver en anexo 24.15)

Responsables del llenado: Profesional que efectúa la Interconsulta

Contenidos mínimos a llenar por el médico que solicita la Interconsulta

- Nº de Ficha.
- Identificación del paciente
- Edad.
- Servicio que envía la interconsulta.
- Diagnóstico o Hipótesis diagnóstica
- Principal sintomatología.
- Que se desea saber.
- Fecha de la Interconsulta.
- Identificación del profesional que realizó la Interconsulta

Contenidos mínimos a llenar por el médico que responde la Interconsulta

- Nº de Ficha.

- Identificación del paciente
- Edad.
- Resultado del Examen.
- Diagnostico clínico.
- Tratamiento sugerido e indicaciones
- Fecha y hora de evaluación del estado del paciente
- Identificación del profesional que respondió la Interconsulta
- Este registro podrá estar en la hoja de evolución del paciente o en el reverso de la hoja de solicitud de Interconsulta

g) Registro de Dato de Atención de Urgencia (D.A.U.) (ver en anexo 24.16)

A pesar de que este documento de carácter institucional no constituye parte de la Ficha clínica, pero sí, base relevante de la información del Ingreso Medico, las Interconsultas, las Hojas de Atención de paciente etc, es que la Acreditación Nacional de prestadores incorpora el cumplimiento de uso de acuerdo al protocolo.

Responsables del llenado: Profesional y/o técnico según las actividades desarrolladas descritos en los contenidos mínimos a llenar. Medico (M), Enfermera (E), Técnico Paramédico (TPM), Administrativo (A)

Registros mínimos a llenar:

- Nombre del paciente. (A)
- Nº de D.A.U. (A)
- Edad del paciente. (A)
- Sexo. (A)
- Rut. (A)
- Fono. (A)
- Fecha de atención. (A)
- Hora de llegada. (A)
- Domicilio. (A)
- Tipo de llegada. (A)
- Recaudación: Estado previsional. (A)
- Diagnostico presunto. (A)
- Turno medico. (A)
- Turno Enfermería. (A)

- Hipótesis Diagnóstica. (M)
- Interconsultas a Especialista si Corresponde. (M)
- Exámenes si Corresponde. (M)
- Tratamiento (procedimientos y medicamentos). (M)
- Pronóstico médico legal provisorio. (M)
- Estado al abandonar el box. (M)
- Hora atención. (M)
- Hora egreso. (M)
- Atención de enfermería (control de signos vitales): hora, presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura y nombre (del que realizo el procedimiento). (TPM), (E)
- Hora y tratamiento. (TPM), (E)
- Nombre y Firma del Médico Tratante. (M)
- Nombre y Firma del Médico Ayudante Primero. (M)

h) Registro de Hoja de Atención de paciente No Crítico. (ver en anexo 24.17)

Responsables del llenado: Profesional y/o técnico según las actividades desarrolladas descritos en los contenidos mínimos a llenar. Medico (M), Enfermera (E), Técnico Paramédico (TPM) y/o Auxiliar de Servicio (As)

Contenidos minimos a llenar de la Cara Anterior:

- Fecha.(E)
- Sala/Cama. (E)
- Nº Ficha. (E)
- Día Hospitalizado. (E)
- Días tratamiento antibiótico. (E)
- Nombre del paciente: dos nombres y los dos apellidos del paciente, si el usuario no cuenta con identificación, colocar N.N. y registrar la identificación correspondiente cuando se obtenga. (E)
- Edad. (E)
- Alergias.(E)
- Categorización. (E)
- Servicio. (E)
- Médico: nombre y apellido del médico a cargo (médico de sala o de turno). (E)

- Enfermera D: nombre y apellido de la/el enfermera/o de turno en el día. (E)
- Enfermera N: nombre y apellido de la/el enfermera/o de turno en la noche. (E)
- TPM D: registre el nombre y apellido del/los Técnico/s Paramédico/s (TPM) de turno en el día. (E)
- TPM N: registre el nombre y apellido del/los Técnico/s Paramédico/s (TPM) de turno en la noche. (E)
- Indicaciones médicas: Reposos, Régimen, Tratamiento y horario (M)
    - Indicaciones de tipo de reposo.
    - Indicaciones de oxigeno
    - Indicaciones de hidratación parenteral
    - Indicaciones de tipo y vía de alimentación
    - Exámenes y procedimientos solicitados.
    - Indicaciones de: kinesiterapia respiratoria , general u otras
    - Indicaciones de tratamiento farmacológico
        - Escribir en forma completa las indicaciones.
        - Evitar indicaciones imprecisas, por ejemplo "administrar según necesidad", PRN, etc.
        - Hacer indicaciones precisas, Ej.: "tomar 1 tableta cada 8 horas".
        - Evitar abreviaturas para los nombres de las drogas
        - Usar nombres genéricos en lugar de comerciales
        - Escribir la unidad completa en lugar de abreviaturas
        - Asegurarse que las indicaciones sean legibles
        - Utilizar sistemas de órdenes computarizados si están disponibles
- Exámenes(M)
- Riesgo de Enfermedad Tromboembólica E.T.E. (M)
- Interconsultas. (M)
- Pendientes: registre el/los exámenes, interconsultas y/o procedimientos pendientes. (E)
- Control de hemoglucotest (HGT): Hora, HGT, Insulina/glucosa, Vía, Dosis, y sitio de Punción. (E)
- Procedimientos Invasivos: registro de cada procedimiento invasivo que tenga el paciente con los días de uso con número correlativo comenzando del 0 como el día de

instalación y el calibre con # seguido del número (ejemplo: #18) teniendo en cuenta que: TET= Tubo Endotraqueal; TQT = Traqueostomía; CVC = Cateter Venoso Central; VVP = Vía Venosa Periférica; CUP = Cateter Urinario Permanente; SNG = Sonda Nasogástrica; SNY = Sonda Nasoyeyunal; GTT = Gastrostomía. (E)

- Diagnóstico/Observaciones: registro el diagnóstico medico y/o quirúrgico y datos de importancia que no estén registrados en otro lugar de la hoja, por ejemplo: exámenes alterados, informes de ecografías, etc. (E)
- Control de signos vitales: Hora, Pulso, presión arterial, presión arterial media, presión venosa central, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxigeno, escala visual análoga y Glasgow.(E) y (TPM)

Contenidos mínimos a llenar de la Cara Posterior:

- Riesgo De Caídas (Downton) (E)
- Riesgo De UPP (Braden) (E)
- Clasificación De Heridas/Ulceras: Pie Diabético, Heridas/Ulceras Quemaduras y Próxima Evaluación(E)
- Curaciones: Tipo, Herida, Exudado, Tejido, Piel Circundante, Signos de Infección, Toma de Cultivo, Retiro de Drenajes, Apósitos Utilizados. (E)
- Egresos: Hora, Diuresis, Deposiciones, Vómitos, sonda nasogástrica, drenaje, Otros. (As)
- Balance Hídrico: Ingresos, Total, TOTAL 24 hrs., Egresos, Total, TOTAL 24 hr., Balance 24 Hrs. (E)
- Planificación de Enfermería: Necesidades Humanas Básicas, Intervenciones y Horarios. (E) y (TPM)
- Evolución diaria de Enfermería. (E)
- Nombre y Firma de la Enfermera (o). (E)

i) Registro de Hoja de Atención de paciente Crítico. (ver en anexo 24.18)

Responsables del llenado: Profesional y/o técnico según las actividades desarrolladas descritos en los contenidos mínimos a llenar. Medico (M), Enfermera (E), Técnico Paramédico (TPM)

Contenidos mínimos a llenar de la Cara Anterior:

- Fecha. (E), (TPM)
- Ficha. (E), (TPM)

- Sala y cama. (E), (TPM)
- Categorización. (E)
- Días de hospitalización. (E), (TPM)
- Brazalete. (E)
- Aislamiento. (E)
- Nombre: Registre nombre y los dos apellidos del paciente. (E), (TPM)
- Diagnóstico Médico.(E)
- Edad. (E), (TPM)
- Peso y Talla. (E), (TPM)
- Alergias. (E)
- Grupo Rh. (E)
- Escala de evaluación de Enfermedad Tromboembólica (ETE)
- Escala Riesgo de Caídas. (E)
- Riesgo Ulcera por presión (UPP). (E)
- Clasificación de Heridas/Ulceras.(E)
- Indicaciones médicas: posee un recuadro para facilitar las indicaciones más habituales en la UPC estas son: tipo de reposo, cabecera (grado de inclinación), contención de paciente (farmacológica, mecánica), indicaciones de procedimientos invasivos como: sonda nasogástrica, sonda nasoyeyunal, catéter urinario, vía venosa periférica, línea arterial, tipo de nutrición: enteral, parenteral, oral. Posteriormente espacio para completar las indicaciones médicas, horarios. (M)
- Nombre y firma del médico que realiza las indicaciones (M)
- Cuadro de procedimientos invasivos: Tubo Orotraqueal, Traqueostomía, Catéter Venoso Central, Sonda Marcapaso Transitoria, Swan – Ganz, etc.
- Cuadro resumen de cultivos: cultivo indicado, la fecha de toma y el resultado de este (E)
- Cuadro de control metabólico: hora, hemoglucotest, Insulina, Insulina Cristalina), NPH (Insulina lenta), Vía y dosis (E)
- Cuadro resumen de interconsultas o procedimientos (E)
- Cuadro de resumen de exámenes de sangre (E)

Contenidos mínimos a llenar de la Página central:

- Nombre Enfermera/o en turno de día y de noche. (E)
- Nombre y apellido de Técnico Paramédico en turno de día y de noche. (E)

- Examen Físico en turno de día y de noche: Nivel de conciencia, Estado de las Pupilas, Estado de la Piel y Mucosas, características de la Cabeza y Cuello, Características del Tórax, características del Abdomen, Estado de los Genitales y el estado de las Extremidades. (E)
- Observaciones de enfermería.(E)
- Control de signos vitales de 09:00 a 20:00: Hora, Pulso, Presión arterial, Presión arterial media, Frecuencia respiratoria, Temperatura, Saturación de oxigeno, Presión venosa central, Temperatura Central, etc.(E) , (TPM)
- Control de parámetros de Ventilación: Modo, Volumen Programado, Volumen Corriente Espirado, PEEP/PPS, Presión máxima de vía aérea/Presión meseta de retracción elástica del Sistema Respiratorio, Frecuencia Respiratoria Programada/ Frecuencia Respiratoria Espirada, Fracción inspirada de oxigeno programada, Presión Cuff, Presión Inspiración / Presión Espiración y Revisión de alarmas. (E).
- Control Ingresos: Enteral, Parenteral, Agua, etc. (E), (TENS).
- Control Egresos: Diuresis, Deposiciones, Vómitos, Contenido eliminado por la sonda nasogástrica. (E), (TENS).
- Balance cada 12 horas y 24 horas. (E)
- Registro de las características de las Heridas y Curaciones: Tipo, Cantidad de exudado, Tipo de Herida, Signos de Infección, Calidad del Exudado, Toma de cultivo, Retiro de Drenaje, Piel Circundante, solución con la que se irriga la herida, Tipo de Tejido, Apósitos Utilizados y Observaciones . Especifico en la unidad de quemados; Día de última cirugía, Próxima revisión, Lugar, porcentaje de Injerto Dermo Epidérmico, porcentaje de Heteroinjerto, porcentaje de la zona no epitelizada, Zona dadora y evaluación de su evolución y Fecha de Halo Injerto. (E).

Contenidos mínimos a llenar de la Página Posterior:

- Necesidad de Henderson (Oxigenación – Nutrición e Hidratación – Eliminación - Termorregulación – Descanso y Sueño - Evitar Peligros – Protección de la Piel e Higiene – Moverse y Mantener Buena Postura). (E).
- Etiqueta Diagnóstica (Deterioro del intercambio gaseoso - Limpieza ineficaz de la vía área - Patrón respiratorio ineficaz - Dificultad para mantener ventilación espontánea – Respuesta disfuncional al destete del respirador - Exceso de volumen de líquidos - Respuesta disfuncional al destete del respirador - Déficit de volumen de líquidos - Riesgo de déficit de volúmenes de líquidos - Déficit de autocuidado de alimentación –

Estreñimiento – Diarrea - Déficit de autocuidado de eliminación - Alteración de la eliminación urinaria - Retención urinaria – Hipotermia – Hipertermia – Dolor - Alteración del patrón del sueño - Riesgo de violencia autodirigida - Riesgo de violencia dirigida a otros - Riesgo de lesión – Alteración de la integridad tisular – Déficit autocuidado e higiene – Trastorno de la movilidad física - Intolerancia a la actividad.) (E).

- En la columna derecha se encuentra la Intervención (Gestión de la vía aérea - Aspiración de vía aérea - Gestión vía aérea artificial - Destete extubación de vm – Oxigenoterapia - Gestión de líquidos - Monitorización de líquidos - Gestión terapia intravenosa - Gestión ne/npe - Gestión del estreñimiento - Gestión eliminación intestinal - Cuidados de ostomías - Cuidados incontinencia urinaria – Retención urinaria - Gestión de la fiebre - Gestión de la hipotermia - Gestión del dolor -Gestión del entorno - Cuidado del reposo en cama - Cambios de posición Cambios de posición - Posición pc..neurológico - Gestión del entorno seguridad - Gestión de la higiene - Gestión de la actividad - Asistencia en la actividad. (E).
- Plan de cuidados de enfermería. (E) y (TENS).
- Observaciones de Técnico Paramédico. (E) y (TENS).

j) Registro de procedimientos diagnósticos

Responsables del llenado: Profesional que efectúa el procedimiento.

Contenidos mínimos a llenar:

- Nombre del responsable
- Fecha y hora en que se efectuó el procedimiento diagnóstico.
- Identificación del paciente
- Equipo usado
- Descripción detallada de hallazgos.
- Descripción secuencial de procedimientos, con justificación si se aparta de las guías y protocolos establecidos.
- Recursos humanos y materiales disponibles.
- Estado de salud y condiciones del paciente al término de la intervención.
- Observaciones.
- Incidentes: Registrar Antes – Durante – Después

k) Registro de Procedimientos Terapéutico

Responsables del llenado: Profesional que efectúa el procedimiento.

Contenidos mínimos a llenar:

- Responsable: Profesional que efectúa el procedimiento.
- Fecha y hora en que se efectuó el procedimiento terapéutico.
- Identificación del paciente.
- Nombre del procedimiento terapéutico.
- Identificación de quien realizó el procedimiento.
- Estado de salud y condiciones del paciente al término de la intervención.
- Observaciones. Informes de Resultados.
- Incidentes: Registrar Antes – Durante y Después

I) Registro de incidentes

Frente a un incidente, es decir un hecho accesorio a la atención que pudiere acarrear consecuencias indeseadas, se han definido protocolos de incidentes, en el HUAP, a los que el afectado deberá ceñirse.

En cuanto al registro propiamente tal lo importante es que exista uno antes, otro durante y otro después del incidente. Lo que se pretende es poder seguir secuencialmente la evolución de los hechos. Un ejemplo: la caída de un paciente en cama, este es un hecho más frecuente de lo que nos podríamos imaginar, accesorio a la atención y muchas veces con consecuencias graves.

En este caso correspondería un registro previo donde debe quedar consignado el estado de conciencia del paciente, la información dada para que éste obtenga ayuda del personal sanitario, la necesidad o no de compañía, la necesidad o no de medidas de contención, la aceptación o rechazo del paciente o familia a dichas medidas.

El hecho mismo de la caída también deberá quedar consignado ¿qué fue lo que pasó? Los hechos se deben relatar conforme a la realidad, sin comprometer juicios a priori, sin ocultar, por cierto, pero existe un modo de escribir, un modo de presentar las cosas.

Con posterioridad al hecho se deberán señalar las medidas que se tomaron: se indicaron exámenes, se dio una explicación al paciente, se dio una explicación a la familia, se dio algún calmante para el dolor. Acciones, que sin dudas, todas, constituyen atenuantes de la responsabilidad

m) Registro de Consentimientos informados (Protocolo GC – SM – 01)

Responsables del llenado: Medico a Cargo del paciente. El que efectuará algún procedimiento invasivo, etc. (remitirse a Protocolo de Consentimiento Informado H.U.A.P.)

Contenidos mínimos a llenar:

- Aceptación o rechazo.
- Nombre y R.U.N. del paciente.
- Registro de acción y/o procedimiento a efectuar.
- Firma y R.U.N. de la persona informada (paciente o representante legal).
- Nombre y R.U.N. del médico que informa

n) Registro de Declaración de Voluntades Anticipadas (DVA)

Responsables del llenado: Médico a cargo del paciente.

Contenidos mínimos a llenar:

- El documento, una vez entregado al médico responsable o al centro, debe formar parte de la historia clínica del enfermo.
- Cada historia clínica tiene que contener una entrada en lugar visible que indique si su titular ha formalizado o no una DVA, con el deben asistir a la persona
- Este documento tiene que someterse a las garantías de confidencialidad legalmente establecidas.

16.4.- RESPONSABILIDAD

- **De los Registros**: Todos los Funcionarios del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río que utilicen los instrumentos ya mencionados
- **De implementar y supervisar esta Norma**: Jefes de Servicios y/o Unidades de Apoyo y Clínicos, de la Unidad de Análisis Clínico-G.R.D. y la Unidad de Calidad y seguridad del paciente
- **De la calidad técnica del contenido de la ficha clínica y velar por su cumplimiento**: será responsabilidad de la Subdirección de Gestión Clínica en conjunto con la Unidad de Auditoría Interna del H.U.A.P.

16.5.- CUSTODIA DE LA FICHA CLÍNICA

- La custodia de la Ficha Clínica está a cargo del Hospital que la generó en el curso de la atención. Todo el Equipo de Salud debe colaborar en su custodia y buen uso
- La ficha clínica permanecerá en poder del prestador, siendo de su responsabilidad la reserva de su contenido
- La Ficha Clínica durante el periodo de hospitalización permanecerá cerca del paciente. Es responsabilidad del Servicio o Unidad clínica donde el paciente se encuentre hospitalizado su custodia. El Servicio o Unidad nombrará un representante para ello
- El representante o en quien este delegue cautelará que no accedan a ella personas ajenas al equipo involucrados en su atención ni personas ajenas a la institución (Ej.: visitas, medios de prensa).
- Durante los periodos en que su uso no es requerido, la Ficha Clínica deberá permanecer en las dependencias especialmente habilitadas para ello.
- La Ficha Clínica no debe ser entregada al paciente, sino que será llevada por personal de la institución al lugar que se requiera: otros servicios, Interconsultas, procedimientos. En caso que el paciente lo solicite, a su alta se le podrá entregar gratuitamente, un resumen y copia de sus exámenes.
- Al alta del paciente la Ficha Clínica será enviada inmediatamente a la Unidad de Análisis Clínico – G.R.D. para procesar su contenido y posteriormente remitirla al Archivo. En ambos casos con una nómina donde conste su entrega y recepción.

16.6.- ARCHIVO DE FICHAS CLÍNICAS

En atención de que la Ficha Clínica es uno de los documentos más importantes en salud, por ser de gran valor y utilidad para el paciente, médicos, la Institución, docencia y Justicia, debe ser resguardada en un lugar seguro, a fin de evitar su pérdida, violación o uso por personas no autorizadas, conservando su estructura en forma ordenada, garantizando la integridad y la permanencia de la totalidad de la documentación que la compone.

16.7.- CARACTERÍSTICAS DEL ARCHIVO

- Único y centralizado

- El ordenamiento de las Fichas debe ser en forma correlativa numéricamente
- Debe permitir la accesibilidad y recuperación de las fichas clínicas en forma rápida
- Debe permitir el resguardo de la integridad de la documentación de las fichas clínicas
- Debe resguardar la confidencialidad de las fichas clínicas
- Debe garantizar la custodia y control de la circulación de las fichas clínicas
- Debe permitir la mantención de categorías de Fichas clínicas activas y/o Fichas clínicas inactivas
- Debe permitir en forma fácil identificar fichas clínicas mal archivadas
- Debe ser capaz de detectar fichas clínicas duplicadas o no devueltas en el período de préstamo otorgado.
- Debe tener registros que aseguren la ubicación certera de las Fichas Clínicas en préstamo
- Reparar deterioros de las carátulas o el reemplazo por una Nueva.
- Mantener las advertencias o notas que existan en la carátula a remplazar.
- Reintegrar, archivar en la ficha clínica, todo documento o Informe que corresponda y pudiese haberse desprendido.
- Controlar omisiones, discrepancias o extravíos de documentos cada vez que la ficha clínica vuelva desde la consulta, hospitalización o préstamo
- Velar por la observancia de las normas legales de la información y uso legal del contenido de la historia clínica.
- Eliminar las ficha clínicas de acuerdo a normas vigentes, dejando constancia de ello

16.8.- INSTRUCTIVO DE ARCHIVO DE FICHAS CLÍNICAS

- Clasificar las fichas clínicas según su número identificatorio y ordenarlas en forma correlativa, creciente.
- Ingresar al Programa computacional: Administración de Fichas.
- Registrar en la Nómina de Recepción de Ficha Clínica, consignando el número de la ficha clínica, y fecha de entrega
- Anular registros existentes en la Nómina de Despacho y Recepción de Ficha Clínica consignando el número de la Ficha, y fecha de entrega (en caso de devolución por préstamo).

16.9.- SOLICITUD DE FICHAS CLÍNICAS

La solicitud de Fichas Clínicas debe tener un respaldo por escrito, ya sea en formulario o en cuaderno y puede ser por:

a) Consulta Médica a policlínico.
   - Paciente espontáneo: "Petición extra de Ficha Clínica", firmada por secretario(a) de policlínico.
   - Paciente citado: en base a "nómina de citación a policlínico" obtenida del programa Agenda: Atención Abierta, en la Unidad de Archivo

b) Re-ingreso de paciente: Solicitada por intermedio de la secretaria del Servicio Clínico correspondiente

c) Auditoria de Ficha Clínica: Solicitada a través de Secretaria de Dirección

d) Petición de Secretaria Dirección, Enfermera de IIH, Encargado(a) de Estadística y Patología Auge

e) Investigación o estudio: Solicitada formalmente por el funcionario, autorizado por Jefe de UIGC.

f) La Oficina de Relaciones Judiciales, que podrá mantener la respectiva Ficha Clínica todo el tiempo que lo requiera.

g) Otros casos, que deben ser autorizados por escrito por el Director del HUAP

NOTA: Ninguna Ficha Clínica puede ser entregada al enfermo o familiares, sino que será llevada por personal del establecimiento a la consulta del médico o donde se requiera.

16.10- INSTRUCTIVO PARA DESARCHIVO DE LA FICHA CLÍNICA

El Programa computacional: Administración de la Ficha Clínica, permite diferenciar las Fichas Clínicas que están temporalmente fuera del archivo para consulta, hospitalización, investigación o estudios

Las Fichas Clínicas se desarchivan, dejando simultáneamente un registro de ello, en la Nómina de Despacho de Ficha Clínica (FC) en el que se consignará el número de la Ficha, el servicio de destino y fecha de entrega.

16.11.- INSTRUCTIVO PARA EL DESPACHO DE FICHAS CLÍNICAS

Responsable: funcionario de la Oficina de Recepción y Entrega de Ficha Clínica de Unidad de Archivo

16.11.1.- Paciente con Re-ingreso

a) Recepcionar solicitud de Ficha Clínica de secretaria del Servicio Clínico correspondiente por "cuaderno" en lista confeccionada en forma manual
b) Registrar en Nómina de Despacho de FC, el número de la Ficha Clínica y fecha consignado en la solicitud
c) Entregar al funcionario encargado la Ficha Clínica solicitada
d) Solicitar firma de recepción

16.11.2.- Paciente Espontáneo en Policlínico

a) Recepcionar la "Petición extra de ficha clínica" de secretario (a) de policlínico por "cuaderno" en lista confeccionada en forma manual
b) Registrar en Nómina de Despacho de FC, el número de la ficha clínica y fecha consignado en la solicitud
c) Entregar al funcionario encargado la ficha clínica solicitada
d) Solicitar firma de recepción

16.11.3.- Pacientes Citados a policlínico

a) Entregar Fichas Clínicas solicitadas al Secretario (a) responsable de Policlínico con 24 horas de anticipación a la consulta
b) Verificar conformidad de ficha clínica solicitadas en Nómina de "Registros Citación y Control de la FC " con las retiradas de la Unidad de Archivo
c) Anexar una copia de esta Nómina de "Registros Citación y Control de la Ficha clínica", a las FC retiradas
d) Solicitar firma de recepción

16.11.4.- Paciente citado a control radiológico

a) Recepcionar solicitud de Ficha Clínica de secretario de policlínico por "cuaderno" en lista confeccionada en forma manual de pacientes citados a control radiológico, con 24 horas de anticipación al control.
b) Registrar en Nómina de Despacho de Ficha Clínica ,el número de la Ficha y fecha consignado en la solicitud
c) Entregar al funcionario encargado la Ficha Clínica solicitada
d) Solicitar firma de recepción

16.11.5.- Valorización de Cuenta Corriente

a) Después de recepcionar las fichas clínicas de pacientes con "alta médica" entregadas por la Unidad de Información para la Gestión Clínica (UIGC).
b) Entregar esta Nómina, y fichas clínicas a funcionaria de Unidad de Valorización
c) Revisar documentación recibida
d) Solicitar firma de recepción

16.11.6.- Secretaria Dirección, Encargado de Estadística, Enfermera IIH y Patología AUGE

a) Recepcionar solicitud de ficha clínica de Secretaria de la Dirección , Enfermera IIH, encargado de Estadística o Patología AUGE, por "cuaderno" en lista confeccionada en forma manual
b) Registrar en Nómina de Despacho de FC, el número de la ficha clínica, fecha y destino consignado en la solicitud
c) Entregar al funcionario encargado la ficha(s) clínica(s) solicitada (s)
d) Solicitar firma de recepción

16.11.7.- Investigación o Estudio:

Médicos, docentes, alumnos y profesionales

a) Solicitar autorización a jefe de UIGC, en Formulario de Solicitud de préstamo de Fichas Clínicas (ver en anexo 24.19)
b) El tope máximo de Fichas Clínica a prestar es de 10 por persona
c) Entregar" Formulario de Solicitud de préstamo de Fichas Clínicas en Oficina de Recepción y Entrega de FC de Unidad de Archivo
d) Recibir formulario de solicitud
e) Verificar en la solicitud ,la autorización del Jefe de la UIGC
f) Verifica que estén completos todos los antecedentes solicitados
g) Egresar y registrar el destino de la ficha clínica a través de Nómina de Recepción y Despacho de FC
h) Entregar en un plazo máximo de dos días hábiles directamente al médico o alumno Fichas Clinicas solicitadas y copia del " Formulario de Solicitud de préstamo de Fichas Clínicas
i) Solicitar firma de recepción

Si el solicitante no retira las FC del Archivo en un plazo de 48 horas, se suspende el préstamo y se procede al archivo de las Fichas Clínicas

El plazo para la devolución de las Fichas Clínicas es de cinco días

Si este plazo le fue insuficiente, puede solicitar a funcionaria de Oficina de Recepción y entrega de FC de la Unidad de Archivo, una ampliación del plazo, por cinco días más.

El formulario de préstamo de Fichas Clínicas debe traer claramente identificado los siguientes datos del solicitante:

16.11.7.1.- Alumno:

a) Nombre completo del alumno.
b) Carrera y Universidad a la que pertenece.
c) Nombre y firma del docente que se responsabiliza de la solicitud de fichas clínicas
d) Servicio por el cual está pasando
e) Nombre y firma del Jefe de Servicio
f) Teléfono Privado y del Servicio Clínico por el cual está pasando.

16.11.7.2.- Médico:

a) Nombre completo y firma del Investigador principal
b) Servicio al cual pertenece o está pasando
c) En lo posible señalar finalidad por la que se cursa la petición
d) Teléfono privado y del Servicio Clínico en el cual trabaja.
e) Nombre y firma del Jefe de Servicio

NOTA: Por Resolución Exenta 11629 del 18 de Octubre del 2007 sobre Normas que regulan la ejecución de ensayos, estudios o investigaciones clínicas en seres humanos en el HUAP:

Quedará especialmente prohibido al Investigador y/o sus colaboradores:

Mantener en su poder las Fichas Clínicas de los sujetos enrolados en los Estudios Clínicos, durante la hospitalización y después del alta.

Siempre, y en todo caso, ellas se sujetarán a las normas comunes de manejo, archivo y custodia de Fichas Clínicas actualmente vigente.

De ser necesario, el Investigador mantendrá una copia de dichos documentos para el debido control y seguimiento del ensayo.

16.12.- PLAZO DE DEVOLUCIÓN DE FICHAS CLÍNICAS AL ARCHIVO

Causal	Plazo de devolución
Consulta Médica	Mismo día de la consulta médica
Hospitalización	2 días hábiles
Oficina de Valorización	3 días hábiles
Médico Auditor	30 días hábiles prorrogables
Investigación	5 días hábiles prorrogables
IIH	5 días hábiles prorrogables
Relaciones Judiciales	Indefinido

16.13.- DEVOLUCIÓN Y RESCATE DE HISTORIAS CLÍNICAS

Las fichas deben ser devueltas en Oficina de Recepción y entrega de la Unidad Archivo

16.13.1.- Consulta Médica

a) Recepcionar y cotejar las fichas clínicas entregadas por Secretario(a) de Policlínico mediante La "nómina "Registro de Citaciones y Control de FC " o por "cuaderno" (en lista confeccionada en forma manual en pacientes con consulta espontánea).

b) Al existir conformidad devolver al prestatario Nómina firmada al momento del préstamo o firmar en cuaderno recepción conforme según corresponda

c) Ingresar las devoluciones al Programa computacional: Administración de Fichas

d) Registrar en Planilla de Recepción de FC, el número de la ficha clínica devuelta y fecha de entrega.

e) Dejar ficha clínica en anaquel

16.13.2.- Hospitalización

a) Recepcionar las fichas clínicas entregadas por la Unidad de Información para la Gestión Clínica (UIGC)

b) Ingresar al Programa computacional: **Administración de Fichas**

c) Registrar, en la **Planilla de Recepción de FC,** en el que se consignará el número de la Historia, y fecha de entrega.

d) Dejar ficha clínica en anaquel

16.13.3.- Valorización De Cuenta Corriente

a) Recepcionar y cotejar las fichas clínicas entregadas por la Unidad de Valorización

b) De existir conformidad , devolver al prestatario Nómina firmada al momento del préstamo

c) Ingresar al Programa computacional: Administración de Fichas

d) Registrar en Planilla de Recepción de FC, el número de la ficha clínica devuelta y fecha de entrega.

e) Dejar Fichas Clínicas en anaquel

16.13.4.- Secretaria Dirección, Enfermera IIH, Encargado de Estadística y Patología Auge

a) Recepcionar y cotejar las fichas clínicas entregadas por cuaderno en lista confeccionada en forma manual

b) De existir conformidad, firmar en cuaderno recepción conforme

c) Ingresar al programa computacional: Administración de Fichas

d) Registrar en Planilla de Recepción de FC, el número de la ficha clínica devuelta y fecha de entrega.

e) Dejar Fichas Clínicas en anaquel

16.13.5.- Investigación o Estudio

a) Devolución de ficha clínica en Oficina de Recepción y Entrega de FC de Unidad de Archivo, por "Formulario de Solicitud de préstamo de Fichas Clínicas".

b) Recepcionar y cotejar las fichas clínicas entregadas

c) De existir conformidad devolver al prestatario, Formulario de Solicitud de préstamo de Fichas, firmada conforme.

d) Ingresar al Programa computacional: Administración de Fichas

e) Registrar en Planilla de Recepción de FC, el número de la ficha clínica devuelta y fecha de entrega.

f) Dejar Fichas Clínicas en anaquel

16.14.- INSTRUCTIVO DE VERIFICACIÓN DIARIA

a) Verificar con la nómina diaria de egresos el oportuno reintegro de todas las fichas clínicas

b) Registrar en el Programa computacional: Administración de Fichas en caso de fichas no reintegradas la fecha de egreso del paciente consignada en la nómina y solicitar directamente a los Servicios y Unidades su devolución

c) En caso de incumplimiento del reintegro señalado, enviar nómina al Jefe de la UGIC, para que lo solicite por escrito a los Jefes de Servicios y Unidades que proceda.

16.15.- INCUMPLIMIENTO DEL REINTEGRO

Al detectar incumplimiento en el plazo para de devolución de Ficha Clínica

a) Registrar en el Programa computacional: Administración de Fichas -en caso de fichas no reintegradas- la fecha de egreso del paciente consignada en la nómina y solicitar directamente a los Servicios y Unidades su devolución

b) En caso de incumplimiento del reintegro señalado, enviar nómina al Jefe de la UGIC, para que lo solicite por escrito a los Jefes de Servicios y Unidades que proceda.

c) Existiendo conformidad en el retorno, archivo devuelve al prestatario la hoja de pedido firmada conforme

16.16.- SISTEMA DE SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO NORMATIVA

En caso de incumplimiento a los plazos antes establecidos para la devolución de las fichas clínicas, se establece las siguientes acciones:

- Investigación o Sumario Administrativo: En caso de extravío o pérdida de fichas clínica.
- Suspensión de Préstamos: En el caso de estudios e investigaciones la suspensión fluctuará entre 15 días, 30 días, 6 meses o 1 año, según sea la gravedad de la situación presentada, si hay reiteración de incumplimiento, lo que será evaluado por la Jefatura de la Unidad de Información para la Gestión Clínica (UIGC) del establecimiento.
- Cualquier otro tipo de sanción deberá estar precedida de una Investigación Sumaria o Sumario Administrativo.

No obstante, que la Jefatura del funcionario que no cumpla con los procedimientos establecidos en el proceso de solicitud y devolución oportuna de las fichas clínicas al Archivo, deberán considerar los hechos informados por el Jefe de la UGIC en los procesos precalificatorios pertinentes o para efectos de anotaciones de demérito, cuando proceda.

16.17.- ALMACENAMIENTO Y CUSTODIA

Mientras no se implementen las disposiciones relativas al Encargado del Banco de Datos que señala la Ley N°19.628, se aplicará lo contenido en el Reglamento de Hospitales y Clínicas 261/03, que establece que "toda Ficha Clínica debe ser custodiada y mantenida en una Unidad especialmente destinada denominada Archivo, a cargo de personal administrativo especializado". (Procedimiento escrito, visado por la dirección y difundido en toda la organización y auditado en forma periódica por la unidad de auditoria del establecimiento de salud).

- De ahí la ficha solo saldrá debidamente registrada al servicio clínico cuando el paciente concurra a atención en el establecimiento y debidamente solicitada por la persona autorizada
- En el caso que la petición sea cursada por el Representante legal o Apoderado deberá acompañar a la petición el documento que así lo certifique y compruebe

Hasta aquí queda establecido que la Ficha Clínica tiene por finalidad principal apoyar la atención médica del paciente y a la cual en condiciones habituales sólo tiene acceso el personal clínico que lo atiende

Pero existen otras situaciones en que otros actores intervienen solicitando información contenida en ésta y cuyo acceso debe ser regulado y resguardado por procedimientos que pasamos a describir.

16.18.- NORMATIVA PARA SOLICITAR Y ACCEDER A LA INFORMACIÓN DE LA FICHA CLÍNICA

a) La ficha clínica original debe permanecer siempre en el establecimiento, salvo incautación judicial ordenada por el juez de un tribunal competente.

b) Queda prohibido que la ficha permanezca fuera del archivo y custodia, salvo expresa autorización del Director del establecimiento y por motivos fundados.

c) Ningún tercero que no esté directamente relacionado con la atención de salud del paciente, tendrá acceso a la información que emane de la respectiva Ficha Clínica.

d) Para aquellos casos en que es procedente hacer entrega de la Ficha Clínica completa, solo y únicamente se entregará fotocopia.

e) La solicitud de copia de la ficha debe constar siempre por escrito y debe expresar lo siguiente:

- Que el paciente tiene derecho a la reserva y confidencialidad de la información contenida en la Ficha Clínica
- Que se releva a la Dirección del establecimiento de su obligación de reserva y confidencialidad, por el solo efecto de hacer entrega de una copia de la ficha (pérdida de la cadena de custodia de confidencialidad).
- Expresar claramente a quien debe hacerse entrega de la Ficha Clínica
- En lo posible se señale la finalidad por la cual se cursa la petición

f) Dicha solicitud se cursará en formulario ad-hoc que se anexa en este Protocolo, el cual deberá ser llenado personalmente por el peticionario, acompañando su cédula de identidad.

g) En caso que el peticionario no concurra personalmente a la solicitud esta deberá venir

firmada ante notario público. Del hecho de la entrega de la copia de ficha clínica deberá dejarse constancia por escrito, consignando la fecha en que se procede a fotocopiar el registro. La finalidad de ello es dar testimonio de las nuevas anotaciones que se registraran en la ficha.

h) Del hecho de la entrega de la copia de ficha clínica deberá dejarse constancia por escrito, consignando la fecha en que se procede a fotocopiar el registro .La finalidad de ello es dar testimonio de las nuevas anotaciones que se registraran en la ficha.

i) Cuando sea una ISAPRE o FONASA, quienes soliciten información clínica de un paciente se accederá a ello siempre y cuando esta petición se fundamente en el ámbito del otorgamiento de un beneficio del contrato de salud, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 20.015, que señala la modificación del artículo 33 de la Ley N° 18.933 agregando en la letra e :" Cada vez que un afiliado o beneficiario solicite a una Institución de Salud Previsional un beneficio cualquiera en virtud de un contrato de salud , se entenderá que la faculta para requerir de los prestadores, sean estos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de tal beneficio. La Institución de Salud Previsional deberá adoptar las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de estas certificaciones."

j) En este caso la certificación será extendida por el director del establecimiento o en quién delegue y se dejará copia de la información enviada y se registrará en la ficha este evento.

k) En el caso que las Instituciones de Salud Previsional, y/o el paciente, consideren que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, la Ley N° 20.015 expresa que éstas "podrán designar un médico cirujano independiente de las partes para que revise personalmente la Ficha Clínica". Si de la revisión resulta que no corresponde otorgar la cobertura financiera solicitada, la Institución de Salud Previsional informará de tal circunstancia al afiliado, el que podrá recurrir a la Superintendencia, a fin de que ésta resuelva la controversia. El médico cirujano que se designe deberá estar inscrito en un registro que la Superintendencia llevará para estos efectos". Esto deberá contar con el respaldo escrito del asegurador donde se individualice claramente al profesional autorizado para este efecto, quien deberá ser médico-cirujano.

l) Del hecho de esta revisión y del nombre de la persona que la materializa debe dejarse constancia en la Ficha Clínica.

m) Esta revisión deberá ser presenciada por el director médico/técnico del establecimiento o por quién él delegue. El revisor deberá comprometerse a no tomar imágenes ni copia alguna de la ficha que procede a revisar.

n) Cuando la ficha sea solicitada por los tribunales de justicia y/o el Ministerio Público, deberá estudiarse en conjunto con la asesoría legal del establecimiento.

o) Si en virtud de una orden judicial se dispone la incautación de la Ficha Clínica de un paciente, se deberá mantener copias de todo el documento incautado, la que quedará en poder del establecimiento y se consignará por escrito la fecha del procedimiento, el Tribunal que ordenó la incautación y el nombre de los funcionarios que la efectuaron.

p) Esto será efectuado bajo la supervisión de la Dirección del establecimiento o por quién esta delegue.

q) Caso especial: En caso que la ficha clínica sea solicitada para fines de investigación o académicos por médicos, docentes, alumnos u otros profesionales, esta solicitud deberá efectuarse en formulario ad-hoc señalando los fines y propósitos de la información requerida, los responsables de la custodia y dejar expreso que no se divulgará la identidad del paciente y los datos sólo se usarán para los fines que fueron solicitados.

Previamente, se deberá obtener la autorización del paciente conforme a lo que señala el Decreto Supremo N° 161 del Ministerio de Salud que fija el Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas, artículo N° 22: "Toda información bioestadística o clínica que afecte a personas internadas o atendidas en el establecimiento, tendrá el carácter de reservado y estará sujeto a las disposiciones relativas al secreto profesional.

Solo se podrá entregar a los Tribunales de Justicia u otras entidades legalmente autorizadas para requerirlas".

Respecto de otra clase de Instituciones, sólo podrá proporcionarse información con la conformidad del paciente o entregarse datos estadísticos globales en los que no se identifique a personas determinadas.

Las Fichas Clínicas, no podrán salir fuera del establecimiento y deberá designarse un lugar donde serán consultadas dentro de éste.

16.17.- INSTRUCTIVO PARA FOTOCOPIAR LA FICHA CLÍNICA

Al fotocopiar la Ficha Clínica se debe cumplir con lo siguiente:

a) Timbrar cada hoja al pié de cada página con el timbre del establecimiento

b) Anular los reversos de las hojas en blanco, colocando una línea diagonal y el timbre

c) Numerar las páginas por ejemplo 1 de 5, 2 de 5, 3 de 5 etc.

d) Entregar la copia de ficha clínica, dejar constancia por escrito, consignar, la fecha en que se procede a fotocopiar el registro

El formulario de solicitud debe ser llenado personalmente por el peticionario y acompañarlo con su cédula de identidad.

En caso que el peticionario no concurra personalmente a la solicitud, esta debe venir firmada ante notario público.

La solicitud de copia de la Ficha Clínica debe constar siempre por escrito y debe expresar lo siguiente:

a) Que el paciente tiene derecho a la reserva y confidencialidad de la información contenida en la Ficha Clínica

b) Que se releva a la Dirección del establecimiento de su obligación de reserva y confidencialidad, por el solo efecto de hacer entrega de una copia de la ficha (pérdida de la cadena de custodia de Confidencialidad)

c) Expresar claramente a quien debe hacerse entrega de la Ficha

d) En lo posible se señale la finalidad por la cual se cursa la petición

16.18.- PROCEDIMIENTO DE ELIMINACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Las Fichas Clínicas se pueden eliminar pasados 15 años de la última consulta del paciente en el hospital.

Procedimiento Administrativo: la Jefatura de la UIGC deberá proponer por escrito a su Jefatura inmediata, la eliminación de las Fichas Clínicas pertinentes

Adjuntará Nómina detallada con registro del nombre completo del paciente, N° de RUT y número identificatorio de las fichas que se eliminan.

El Director del establecimiento dispondrá por Resolución Exenta de contar con facultades delegadas para ello, la eliminación por incineración de las historias clínicas identificadas en la Nómina, dejándose constancia en Acta levantada al efecto, de la forma en que se ha dado cumplimiento al acto administrativo (Circular Nº 28.704 de Agosto de 1981, de la Contraloría General de la República).

En caso contrario la Resolución será dictada por el Director del Servicio de Salud.

16.19.- RESPONSABILIDAD

- **De implementar y supervisar esta Norma**: Jefe de Archivos del H.U.A.P., la Unidad de Análisis Clínico-G.R.D. y la Unidad de Calidad y seguridad del paciente
- **De la calidad técnica del contenido de la ficha clínica y velar por su cumplimiento**: será responsabilidad de la Subdirección de Gestión Clínica en conjunto con la Unidad de Auditoría Interna del H.U.A.P.
- **De respetar la normativa descrita en este documento**: Todo funcionario que utilice, solicite, realice auditorias, estudie, etc., en el H.U.A.P.

16.20.- ACCESO A LA FICHA CLÍNICA

El prestador, en la persona del Director del establecimiento podrá proporcionar información bioestadística o clínica, que afecte a personas determinadas, a los tribunales de justicia y demás instituciones legalmente autorizadas. Respecto de otras, sólo podrá proporcionarla con la conformidad del paciente o entregarse datos estadísticos a personas determinadas.

El acceso a la Historia Clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal. La información contenida en ella podrá ser entregada a:

- El titular de la ficha clínica,
- Su representante legal,
- Su apoderado,
- Un tercero debidamente autorizado, y los herederos en caso de fallecimiento,

- Los Tribunales de Justicia
- El Ministerio Público,
- La Defensoría Penal Pública,
- El Ministerio de Salud
- Instituto de Salud Pública
- Las Direcciones Regionales de Salud,
- La Superintendencia de Seguridad Social,
- La Superintendencia de Salud
- La Superintendencia de Administradores de Fondos de Pensión,
- Los organismos señalados en el articulo 15 Decreto Ley Nº 2763 /1979
- Las Mutuales de Empleadores de la Ley Nº 16.744
- Las Instituciones de Salud previsional.
- Los Tribunales, las personas autorizadas y las instituciones mencionadas, serán responsables de mantener la confidencialidad de su contenido y la identidad del titular de la ficha clínica, reservando la información que contiene exclusivamente al uso para el cual se permite su conocimiento.

16.21.- CONSECUENCIAS DE NO REGISTRAR

- Responsabilidad por daños: interacción con otros tratamientos, doble dosis.
- Lo que no está registrado no existe, por tanto se presume no efectuado.
- Medidas disciplinarias
- Dificultar la defensa legal, por falta de prueba.
- Presunción de negligencia o desorganización
- Sanción por vulnerar el derecho de información que tiene el paciente.

17.- ASISTENCIA ESPIRITUAL O RELIGIOSA

El Hospital de Urgencia Asistencia Pública garantiza el acceso a los referentes espirituales o pastorales del credo religioso que profesa el paciente, al momento de hospitalizar a un paciente, en la oficina N° 6 la funcionaria administrativa consulta la religión del paciente, información que queda consignada en la contratapa de la Ficha Clínica.

El Hospital cuenta con la colaboración de la agrupación de voluntariado Cáritas, quienes apoyan a los pacientes espiritualmente y reciben solicitudes para la visita de sacerdote, en un buzón ubicado en el primer piso.

Al mismo tiempo los familiares de pacientes pueden informar la calidad de pastor religioso en la OIRS y serán autorizados a ingresar al Servicio Clínico, siempre que no interfiera con el adecuado funcionamiento del hospital.

En relación a las atenciones con pertinencia cultural, el hospital mantiene una postura abierta y dispuesta a que los pacientes reciban el apoyo que desde el punto de vista de sus creencias resulte valido, especialmente en el caso de pacientes que pertenecen o se identifican con un pueblo originario, el referente espiritual que corresponda puede participar del proceso de recuperación del paciente, reportando esta necesidad con la enfermera de la sala.

Cualquier procedimiento o ritual que se realice debe respetar el derecho a la tranquilidad, privacidad y pudor de los demás paciente con quienes comparte sala.

18.- COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

El Hospital de Urgencia Asistencia Pública cuenta con un comité de ética asistencial, compuesto por profesionales de diversas disciplinas, representante de la comunidad y un sacerdote.

18.1.- FUNCIONES GENERALES

a) Protección de los derechos de los pacientes, promoviendo políticas y procedimientos éticos que maximicen el bien de los pacientes.
b) Velar por el respeto a la dignidad y autonomía de las personas que intervienen en la relación clínica asistencial.
c) Aportar servicios de docencia interna, a los miembros del comité; externa, a los profesionales del centro y social cuando una determinada resolución del comité trasciende fuera del ámbito hospitalario.
d) Difundir entre la sociedad y los profesionales, técnicos y auxiliares de salud, los principios bioéticos que deben regir el ejercicio de su actividad.

e) Apoyar la promoción y difusión de la Bioética, realizando encuentro de difusión, formación del personal y material de promoción.

f) Formular indicaciones y normas, sugerir alternativas viables, exigencias de cumplimiento de metas institucionales. proponer protocolos y orientaciones de actuación de carácter preventiva para enfrentar situaciones en que pueden surgir conflictos éticos.

g) Examinar y evaluar casos presentados a su consideración, especialmente los que no pueden ser resueltos por las indicaciones y normas.

h) Elaborar y proponer un reglamento interno de funcionamiento.

i) Velar para que la pluralidad de los miembros que constituyen un comité tenga una función representativa.

j) Mantener un intercambio constante e información y opinión sobre la investigación médica y los que pueden tener consecuencias críticas sobre la integridad y dignidad humana.

k) Mantener contactos con otros comités, así como información sobre estos.

l) Mantener un punto de documentación sobre cuestiones bioéticas.

m) Elaborar una memoria anual de sus actividades y remitirlas a la Dirección, la cual deberá ser enviada en un plazo no superior a dos meses siguientes al término del periodo.

n) Las demás funciones que las leyes, reglamentos e instrucciones les encomienden.

o) Participar de cursos, seminarios y presentaciones de actualización. La Dirección del Hospital tendrá un rol activo en la gestión de capacitación a nivel de diplomados, de los miembros que no cuentan con dicha formación.

p) Difundir información sobre cursos y seminarios y compartir la información que de ellos se obtenga, con la comunidad hospitalaria.

18.2.- SITUACIONES QUE SE DEBEN SOMETER A EVALUACIÓN ÉTICA

a) El respeto a la dignidad y el derecho a la vida de los pacientes.

b) Aspectos concernientes a la relación médico-paciente.

c) Los problemas que se susciten en las relaciones interpersonales entre profesionales de la salud en relación con la atención del paciente y que presenten dilemas éticos.

d) Decisiones sobre procedimientos diagnósticos y terapéuticos de excepción, de alto costo o controversiales.

e) Manejo y tratamiento de pacientes terminales y el derecho a la muerte digna.

f) Los derechos espirituales de los pacientes y el respeto a la mantención de su interrelación familiar.

g) Recomendaciones éticas en situaciones conflictivas o riesgosas, tales como hemodiálisis, transplantes, cirugía de muy alto riesgo y otras.

h) Problemas emergentes científicos o tecnológicos que involucren elementos bioéticos como eutanasia, VIH, donación de órganos, etc.

18.3.- PROCEDIMIENTO CONSULTA AL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

Cada vez que un médico, otro integrante del equipo de salud o el familiar responsable de un paciente se enfrente a un problema ético-clínico en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, podrá solicitar la asesoría del Comité de Ética Asistencial (CEA). Esta consulta se efectuará siempre con el conocimiento del médico tratante y debe seguir los siguientes pasos:

a) Tomar contacto con el comité por alguna de las siguientes vías.
   - Mail a: **ceahuap@redsalud.gov.cl**
   - Llamado telefónico a:
     - Presidenta Comité al fono 568 1130 - Red Minsal **28 1130**
     - Secretaria Comité al fono 568 1137 - Red Minsal **28 1337**
   - Directamente con algún miembro del Comité

b) Presentar el caso (historia clínica completa, en especial diagnóstico, pronóstico, circunstancias relevantes) y formular el dilema o pregunta ético-clínica.

c) Dependiendo del grado de urgencia con que se requiera la respuesta, la presentación del caso podrá efectuarse en:
   - **Reunión Regular del Comité de Ética** (primer lunes de cada mes a las 15.00 hrs. en dependencias de la Dirección del Hospital)
   - **Reunión Extraordinaria del Comité de Ética,** citada con carácter de urgencia a propósito del caso

d) Tiempo y modalidad de respuesta:

- El plazo de respuesta dependerá de la complejidad del caso o la necesidad de requerir otras opiniones de expertos. Sin embargo, se atenderá a las inquietudes del consultante en caso de urgencia, en el plazo de 1 hora desde recibida la solicitud.
- El informe será enviado por escrito al médico tratante, al jefe del Servicio y archivo del comité de ética asistencial.
- Cuando se requiera una pronta respuesta, el comité emitirá un pre-informe por escrito posterior al análisis del caso, el que será ratificado con posterioridad por el informe definitivo.
- Será responsabilidad del médico tratante consignar en la ficha clínica que se consultó al comité, se registrarán las sugerencias.
- Las respuestas u opiniones telefónicas no tendrán valor de un informe aunque sean emitidas por un miembro del CEA.
- La opinión del Comité de Ética Asistencial tendrá la misma reserva y grado de confidencialidad que la información de la ficha clínica y en ningún caso será vinculante para el médico tratante ni para la Dirección del Hospital.

19.- ARANCEL DE LAS PRESTACIONES Y MODALIDADES DE PAGO

USO DEL ARANCEL SEGÚN PREVISIÓN Y FORMAS DE PAGO					
ARANCEL MODALIDAD INSTITUCIONAL		ARANCEL PARTICULAR	COMBINACIÓN ARANCELES MLE Y PARTICULAR		
PRESTACIONES	GRUPO C Y D LEY 18.469	ISAPRE, PARTIC. Y MUTUALES	ACC.TRÁNSITO LEY 18.490POLIZA 303065	ACC.LABORAL ISL LEY 16.744	DIPRECA
Consulta Urgencia	10 y 20%	100%	MLE N 3	MAI + 30%	MLE + 20%
Consulta Neurocirujano	10 y 20%	100%	MLE N 3	MLE + 30%	MLE + 20%
Consulta Especialidades	0	100%	MLE N 3	MLE + 30%	MLE + 20%
At. Med. Enf. Hospital.	10 y 20%	100%	MLE N 3	MLE + 30%	MLE + 20%
Día Cama	10 y 20%	100%	PARTICULAR CON TOPES (ver póliza)	PARTICULAR	MLE + 20%

Exámenes laboratorio	10 y 20%	100%	MLE N 3		MLE + 20%
Exámenes radiología	10 y 20%	100%	MLE N 3		MLE + 20%
Banco de sangre	10 y 20%	100%	MLE N 3		MLE + 20%
A.Patológica	10 y 20%	100%	MLE N 3		MLE + 20%
Procedimientos	10 y 20%	100%	MLE CON LIMITES DE INDEMNIZACION		MLE + 20%
Intervenciones Quirúrgica	10 y 20%	100%	MLE CON LIMITES DE INDEMNIZACION		MLE + 20%
Derecho a Pabellón	10 y 20%	100%	VALOR CODIGO ADICIONAL		MLE + 20%
Traslados	10 y 20%	100%	ARANCEL MAI + 20%	PARTICULAR	PARTICULAR
Prótesis y elementos fijación	10 y 20%	100%	4 VECES ARANCEL MLE	Valor lista farmacia	Valor lista farmacia
Hemodiálisis	0	100%	MLE N3	MLE + 30%	MLE + 20%
Alimentación parenteral	Valor Med.	100%	SE COBRAN LOS MEDICAMENTOS		
Kinesiología	10 y 20%	100%	MLE N3		
Lavado gástrico	0	100%		0	0
Medicamentos e insumos	FNS C 40% FNS D 65%	100%	VALOR PROMEDIO HABITUAL EN EL MERCADO	PARTICULAR	PARTICULAR
Atención odontológica	FNS B 30% FNS C 50% FNS D 80%	100%	VALOR PROMEDIO HABITUAL EN EL MERCADO	PARTICULAR	PARTICULAR
Sin recargo horario inhábil		**Con recargo horario inhábil**			
Si su paciente está hospitalizado Ud. puede consultar los aranceles MAI, MLE y particular en la unidad.					
Los aranceles MLE y MAI son reajustados por FONASA anualmente.					
El arancel a particulares es reajustado por el HUAP anualmente.					
Si Ud. se atiende en forma ambulatoria al ingreso del hospital encontrará un listado con los precios más comunes en todas sus versiones arancelarias.					

La ley indica que en caso de accidente de tránsito en primera instancia se debe realizar el cobro a las Cias. Aseguradoras, antecedentes por los cuales el paciente debe responsabilizarse a través de la firma de un pagaré.
NOTA 1: En el caso de pacientes FONASA C y D accidente de tránsito, se cobrará diferencia de arancel al paciente en aquellos casos en que el monto de prestaciones supere las 300 UF y cuando haya declaración de incobrabilidad.
NOTA 2: En el caso de pacientes ISAPRE y PARTICULARES accidente de tránsito, se cobrará al paciente: diferencias de arancel, diferencias sobre las 300 UF y en caso de incobrabilidad.
NOTA 3: En el caso de de pacientes FONASA C Y D GES de resolución HUAP accidente de tránsito, se cobrará solo a la compañía aseguradora.
NOTA 4: En el caso de accidente laboral afecto a Mutuales accidente de tránsito, se cobra a la Mutual respectiva.
NOTA 5: En el caso de accidente laboral afecto al ISL se cobra a la compañía aseguradora y las diferencias al ISL.
NOTA 6: En los caso de accidente laboral afecto al SSS y escolar, se cobrará a la Cia. aseguradora.
NOTA 7: En el caso de tratarse de un accidente laboral y patología GES a la vez, la ley indica que debe regir el accidente laboral, por tratarse de una ley que proporciona cobertura en su totalidad.

20.- SISTEMA DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

20.1.- RECEPCIÓN

Los medios definidos para recibir las solicitudes ciudadanas son:

- Módulos de O.I.R.S. ubicados en ingreso Urgencia y Hospitalizados. El usuario solicita formulario autocopiativo, formula su presentación y el funcionario indica plazo aproximado de respuesta y estampa su firma. Luego debe ser el mismo solicitante quien deposite en cualquier buzón azul su formulario.
- SEREMI de Salud, Gabinete Presidencial, MINSAL y Dirección del SSMC. Directamente por los medios que cada Institución ha establecido.
- FONASA (enviados desde el SSMC)
- Oficina de partes.
- Presenciales a Dirección y Subdirección de Gestión Clínica. (aunque no es un sistema institucionalizado, espontáneamente llegan solicitudes)

20.2.- REGISTRO Y ACUSO DE RECIBO

En un plazo máximo de dos días hábiles desde que se los reclamos se ingresan a los buzones, llegan derivados desde oficina de partes, Dirección o Subdirección de Gestión

Clínica, la secretaria de gestión de usuarios, transcribe textualmente las Solicitudes Ciudadanas (en adelante SC) en el sistema trámite en línea, con su rol de operador (ver en anexo 24.20), donde es imprescindible contar con todos los datos de identificación del solicitante.

Es importante mencionar que las SC enviadas desde cualquier medio son centralizadas en el sistema trámite en línea.

20.3.- CLASIFICACIÓN

Una vez ingresadas, las respuestas son clasificadas en las siguientes categorías (ver en anexo 24.21):

- Trato
- Competencia Técnica (asistencial):
- Infraestructura:
    - Accesos
    - Condiciones de seguridad
    - Condiciones de las salas de espera, baños públicos, etc.
    - Temperatura, ventilación.
    - Condiciones higiénicas estéticas de los edificios, patios y jardines.
    - Comodidad y seguridad de camas y camillas de traslados.
    - Comodidad para los familiares de pacientes hospitalizados.
    - Seguridad de pertenencias de pacientes y familiares.
- Tiempo de espera:
- Información:
- Procedimientos Administrativos:
    - Tramites durante la estadía en la institución.
    - Procesos de admisión y recaudación.
    - Funcionamiento del establecimiento con relación a horarios de atención.
    - Procedimientos administrativos al egreso.
    - Procedimientos de referencia y/o derivación.
    - En general todo proceso que involucre el funcionamiento de la organización.
- Probidad Administrativa:
- AUGE:

20.4.- PROCESO DE RESPUESTA DE SOLICITUDES CIUDADANAS EN EL HUAP

- Una vez ingresadas, las opiniones pasan a la bandeja de supervisor correspondiente a la Encargada de Gestión de Usuarios, quien revisa la categorización de las solicitudes y selecciona un Asistente quien debe preparar las respuestas correspondientes (ver en anexo 24.22).
- Cuando los reclamos son inespecíficos, poco detallados, o aluden a situaciones que no corresponde al Hospital subsanar, se responden directamente, y sólo se informa al Jefe del Servicio Correspondiente.
- Cuando los reclamos son específicos y aluden a situaciones donde se pone de relieve una situación de mal trato o falta de resolutividad técnica, se envían al Jefe de Servicio Correspondiente, adjunto en pdf, solicitando tramitación por esa vía (ver en anexo 24.23).
- Una vez que las respuestas son enviadas vía mail, el supervisor las sube al sistema Trámite en Línea para su envío al reclamante. (ver en anexo 24.24) en un formato tio (ver en anexo 24.25)
- Las opiniones ingresadas directamente por el usuario, aparecen directamente en la bandeja del Supervisor.

20.5.-PLAZOS DE RESPUESTA

- 20 días hábiles para reclamos generales (Art. 23° Ley 19.880)
- 5 días hábiles para requerimientos sobre procedimientos administrativos dirigidos al Sr. Ministro de Salud o al Subsecretario de Redes.
- 7 días hábiles para solicitudes de información del congreso Nacional de la Comisión Defensora Ciudadana o del Gabinete el Sr, Ministro de Salud.
- Requerimientos dirigidos a S.E. el Presidente de la República:
    - 3 días hábiles para los que tienen carácter de urgencia.
    - 7 días hábiles si son prioritarios.
    - 10 días hábiles sin son tipificados como normales.

20.6.- Proceso de Análisis de la calidad de las respuestas

- Las respuestas deben ser elaboradas y confirmadas en el sistema, por cada asistente, del área clínica y administrativa en un plazo máximo de 7 días hábiles.
- Toda vez que el Jefe de Servicio (Asistente para el sistema) guarda una respuesta, pasa a la bandeja de Visador, correspondiente a la Encargada de Gestión de Usuarios, quien revisa las respuestas con el fin de determinar si cumple con los criterios de calidad mínimos para ser aceptada, según se indica (ver en anexo 24.26):
    - Refleja un análisis de la situación considerando los elementos necesarios en cada caso: entrevista con el personal aludido, solicitud de mayores antecedentes al reclamante, revisión de la Ficha Clínica o Dato de Atención de Urgencia, cada uno según corresponde.
    - La respuesta refleja un proceso autocrítico y no solamente el descargo en base a versiones diferentes imposibles de objetivar e irreconciliables.
    - La respuesta no consiste en el parafraseo del problema enunciado sino al análisis en función de los datos y la información con que se cuenta.
    - Se enuncian medidas que permitan evitar la misma situación en el futuro.

En caso de que las respuestas no cumplan con los criterios de calidad antes mencionados, la encargada de Gestión de Usuarios podrá devolverla, haciendo presente las falencias de la misma y algunas sugerencias para mejorarla, reaparecerá en la bandeja del asistente. El plazo para mejorar la respuesta es de 2 días hábiles.

Si la respuesta se acepta, está en condiciones de llegar al reclamante. El medio por el cual se envía la respuesta depende de los datos que el usuario registró en su formulario o solicitud efectuada por cualquier medio; si se indica dirección electrónica, el sistema envía la respuesta automáticamente, si solicita respuesta por medio de carta certificada, el sistema envía la respuesta a la bandeja de Operador, en la opción Mis Trámites se concentran todas las respuestas que deben ser impresas y enviadas por medio de Oficina de Partes (ver anexo N°8).

Existe respaldo de todas las SC y sus respetivas respuestas, archivadas según correlativo mensual.

20.7.- PROCESO DE SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS DE SOLICITUDES CIUDADANAS EN EL HUAP

Por medio del rol Encargado OIRS, asignado a la Encargada de Gestión de Usuarios, mensualmente se reporta en planilla de seguimiento BSC a la encargada de Control de Gestión, a estadística, a la OIRS del SSMC y a la Dirección del Establecimiento el consolidado con las opiniones recibidas, su correspondiente clasificación y plazo de respuesta promedio (ver anexo N°9).

21.- VÍAS DE EVACUACIÓN Y PROCEDIMIENTO EN CASO DE EMERGENCIA

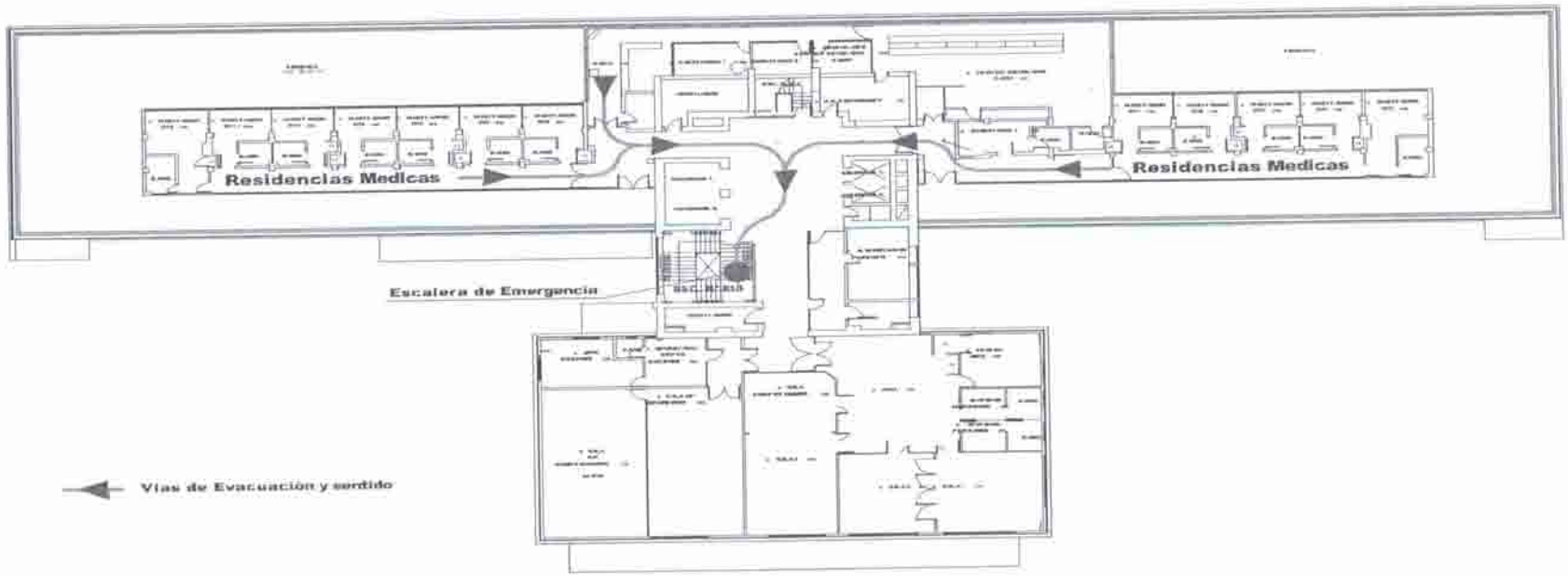
Respecto a aspectos específicos de evacuación, los criterios para a seguir en caso de una emergencia en que se requiera desocupar las dependencias, se enfocan principalmente en que el riesgo de permanecer en el lugar sea mayor al que se asume al evacuar. En relación, a los procedimientos de evacuación ya tomada la decisión, estos dependerán de las características de las personas, en el caso de pacientes se clasificarán respecto a su capacidad de evacuación para determinar necesidad de asistencia siendo orientados en caso de ser autovalentes y asistidos en caso de mediana valencia o no valentes, para familiares y público en general, el personal y guardias presentes en áreas clínicas, unidades y espacios comunes los orientaran hacia las vías de evacuación, en el caso de los funcionarios evacuaran siguiendo las instrucciones previamente establecidas por vías de evacuación hacia las zonas de seguridad instituidas.

En el caso de las vías de evacuación por piso, estas están dadas por las escaleras de emergencias ubicadas en los laterales de los sectores A y C, escalera principal en caso del sector B y en el caso de servicios y unidades ubicados en los pisos inferiores por pasillos y salidas de emergencia hacia las zonas de seguridad ubicadas en planta baja y primer piso.

Para los distintos tipos de emergencias se encuentran establecidos protocolos los cuales responden los pasos a seguir en situaciones como incendios, amenazas de bomba, cortes de suministros básicos, entre otros. En relación a la organización, ésta se encuentra a cargo del comité de emergencias conformado por el director del hospital quién lo preside, un medico coordinador y jefaturas de servicios y unidades, este comité tiene como misión constituirse e implementar los protocolos por suscitada una emergencia.

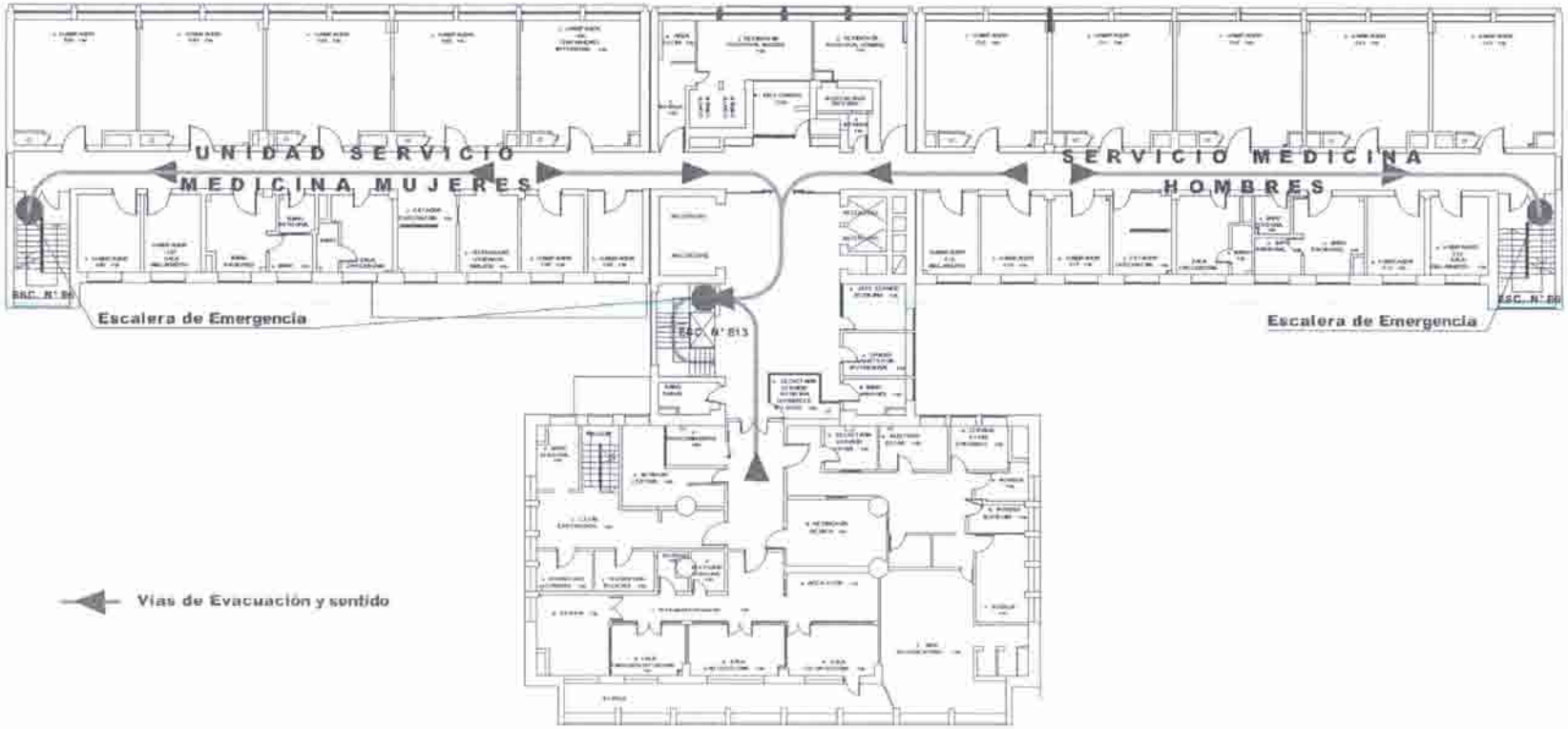
Todo lo referido en el presente informe se encuentra detallado en los planes de emergencias evacuación, prevención contra incendios y protocolo de corte de suministros básicos, estos documentos se encuentran disponibles en línea en sistema de acreditación de prestadores SISQ, en el ámbito seguridad de las instalaciones.

21.1.- VÍAS DE EVACUACIÓN OCTAVO PISO



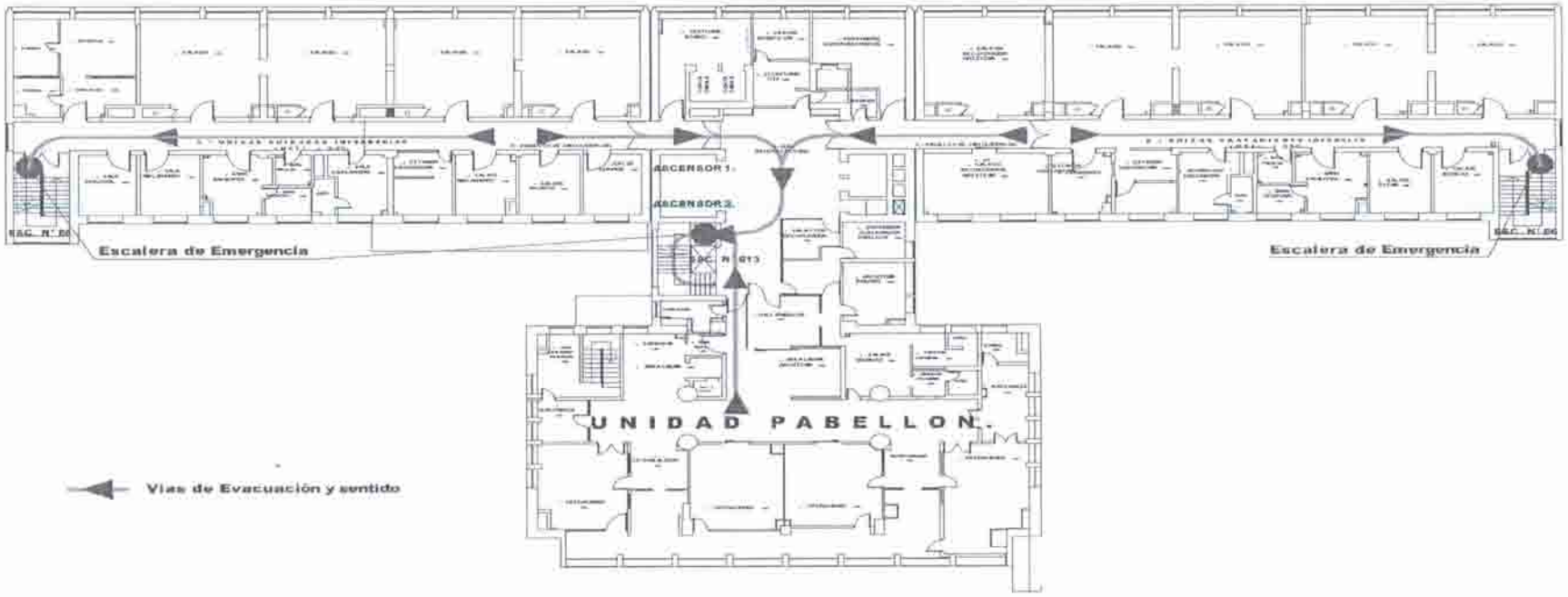
PLANTA GENERAL ARQUITECTURA SITUACION ACTUAL
OCTAVO NIVEL B

21



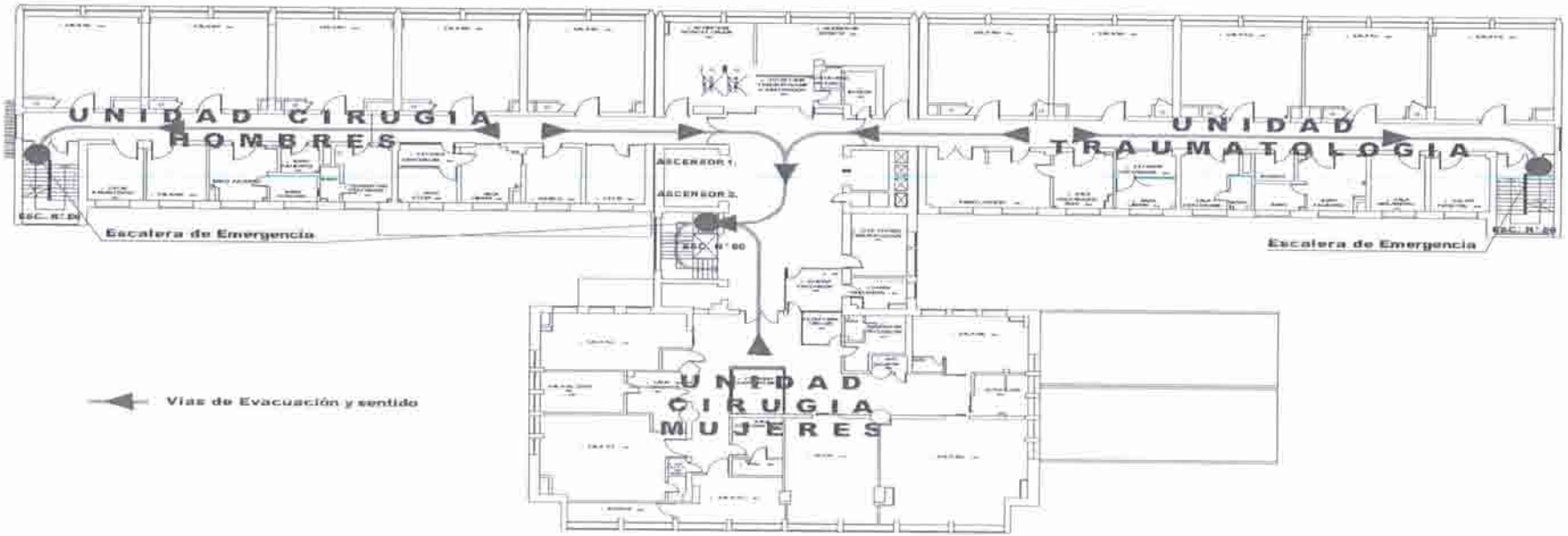
PLANTA GENERAL ARQUITECTURA SITUACION ACTUAL
SEXTO NIVEL B

21.3.- VÍAS DE EVACUACIÓN QUINTO PISO



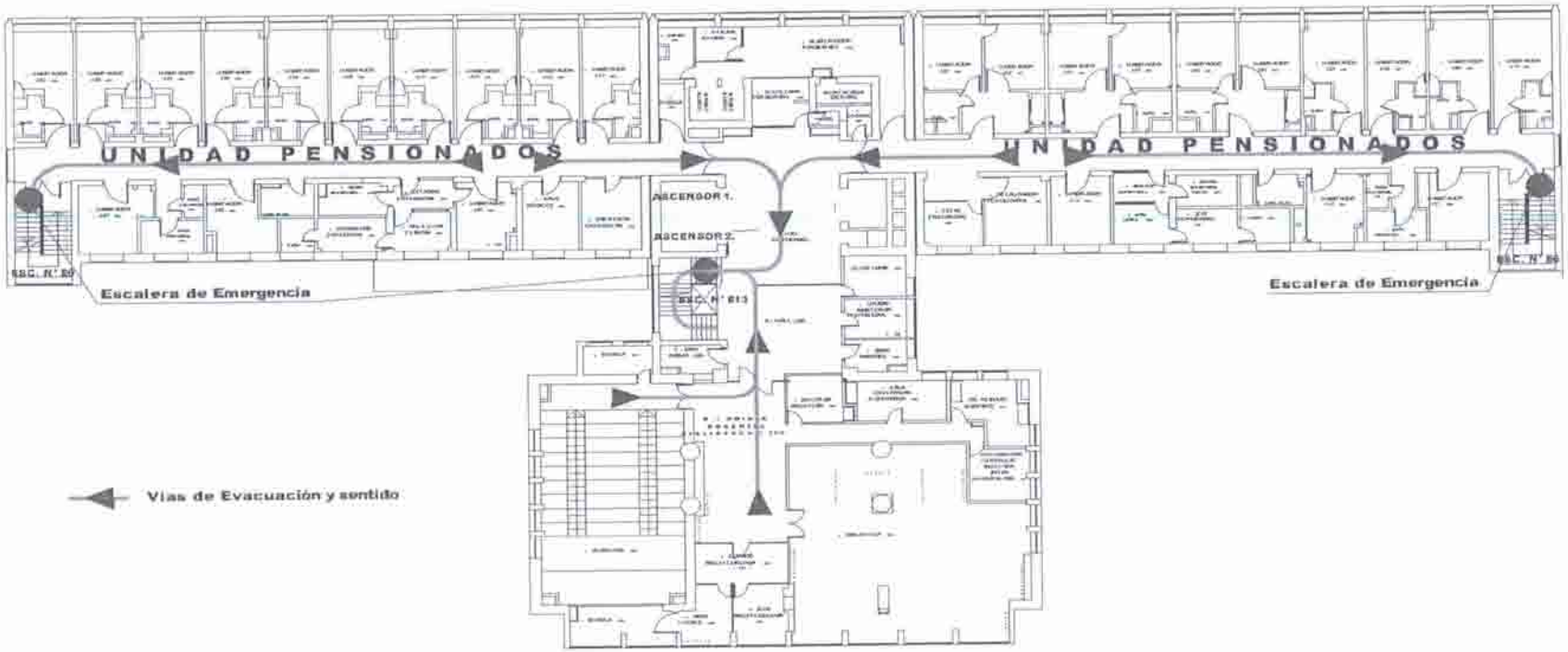
PLANTA GENERAL ARQUITECTURA SITUACION ACTUAL
QUINTO NIVEL B

21.4.- VÍAS DE EVACUACIÓN CUARTO PISO



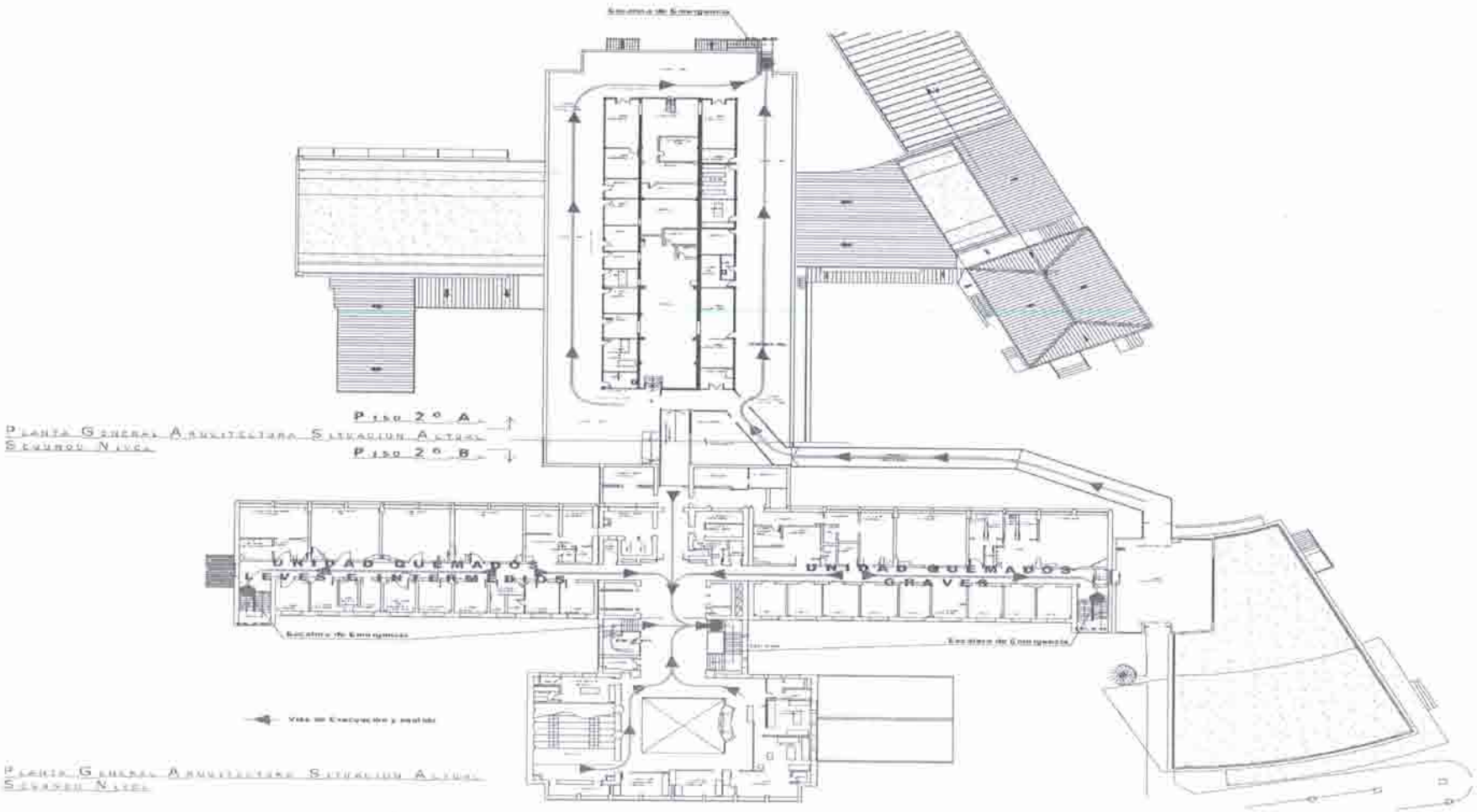
PLANTA GENERAL ARQUITECTURA SITUACION ACTUAL
CUARTO NIVEL B

21.5.- VÍAS DE EVACUACIÓN TERCER PISO

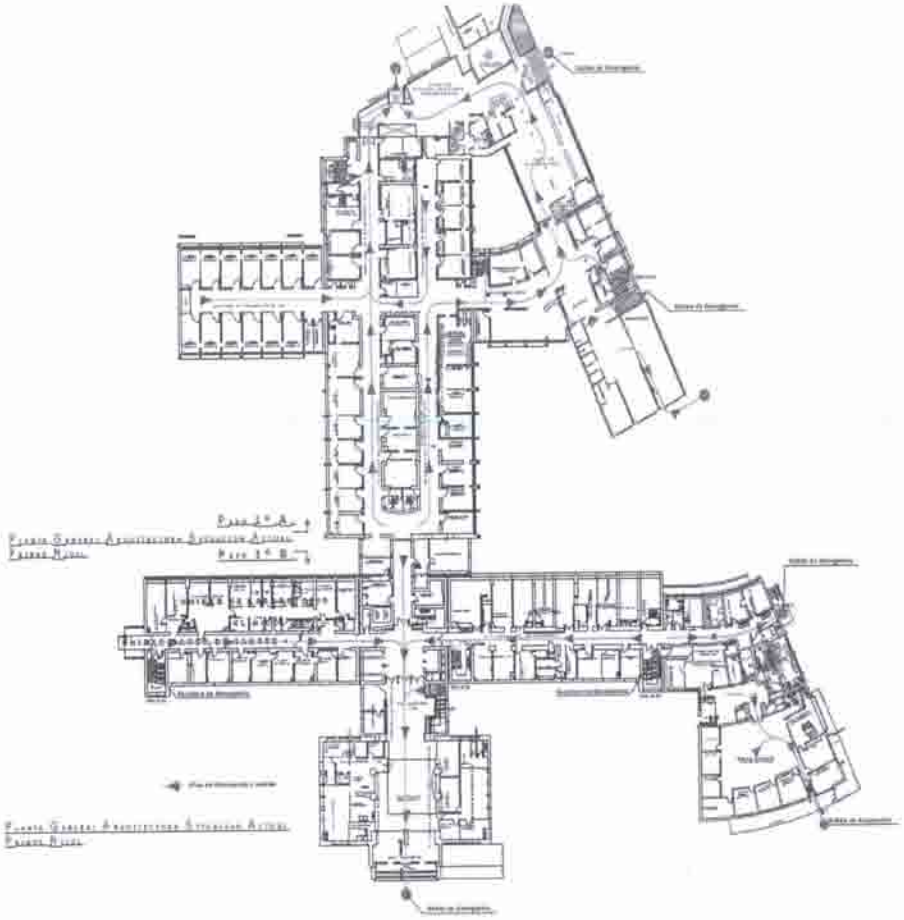


PLANTA GENERAL ARQUITECTURA SITUACION ACTUAL
TERCER NIVEL

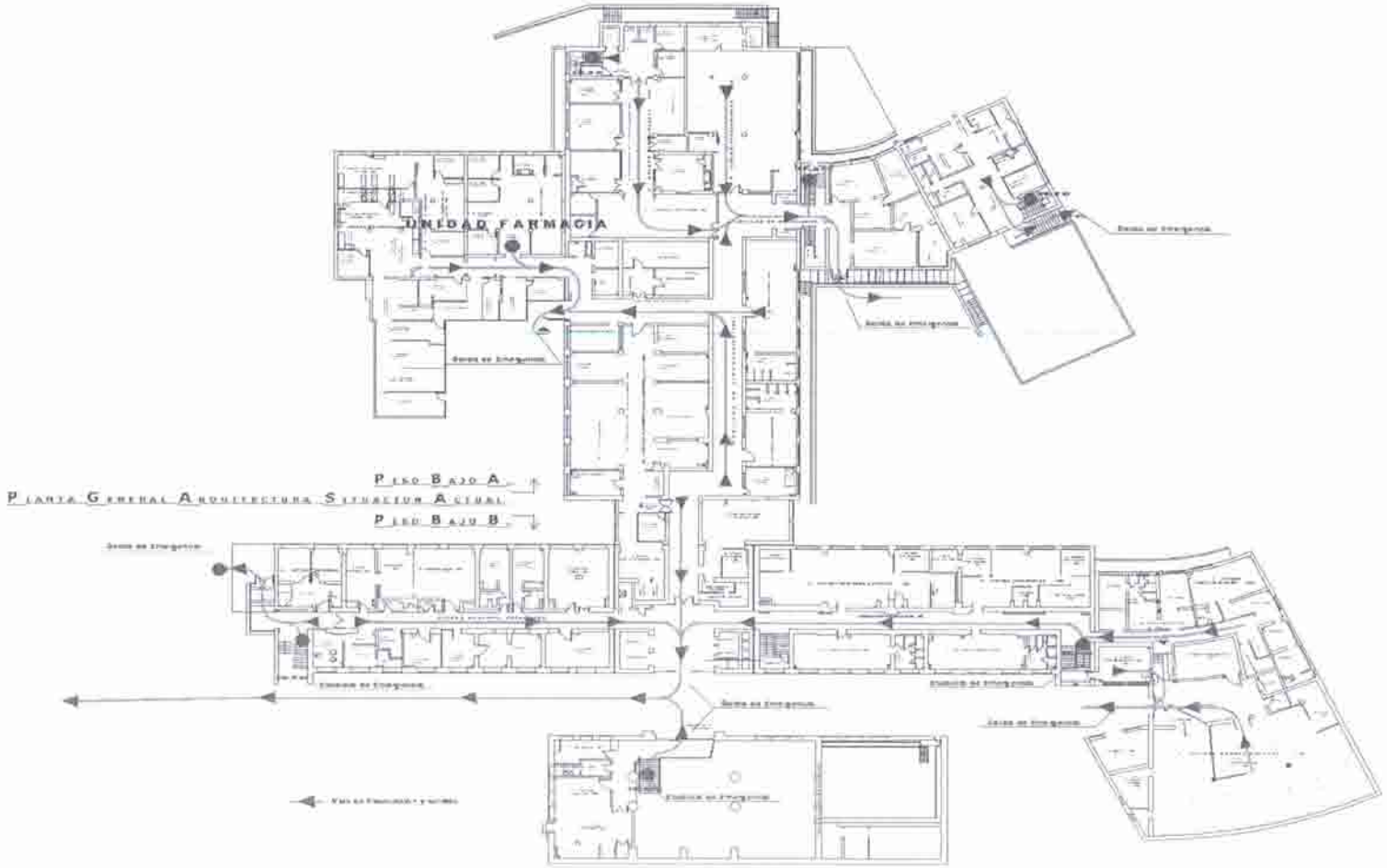
21.6.- VÍAS DE EVACUACIÓN SEGUNDO PISO



21.7.- VÍAS DE EVACUACIÓN PRIMER PISO



21.8.- VÍAS DE EVACUACIÓN PLANTA BAJA.



21.9.- SALIDAS DE EMERGENCIA.

En el siguiente cuadro se detallan las salidas de emergencia y zonas de seguridad asignadas por servicios clínicos y unidades, no obstante cada servicio o unidad en su plan local de emergencia deberá indicar las alternativas de evacuación si la principal se encontrará obstruida.

PISO	SERVICIO O UNIDAD	SALIDA DE EMERGENCIA	ZONA DE SEGURIDAD
8°	CENTRO REGULADOR	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
	DOCENCIA	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
	RESIDENCIA MEDICAS	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
	U. CATOLICA	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
6°	MEDICINA MUJERES	ESCALERA DE EMERGENCIA SECTOR A	ZONA 2
	MEDICINA HOMBRES	ESCALERA DE EMERGENCIA SECTOR C	ZONA 2
	ENDOSCOPIA	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
	SERVICIO SOCIAL DE PACIENTES	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
	SALA ESTAR PABELLON	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
	SALA DE MEDICOS	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
	SECRETARIA	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
	OFICINA NUTRICIONISTA	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
5°	UPC	ESCALERA DE EMERGENCIA SECTOR A	ZONA 2

	INTERMEDIO	ESCALERA DE EMERGENCIA SECTOR C	ZONA 2
	PABELLON	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
4°	CIRUGIA HOMBRES	ESCALERA DE EMERGENCIA SECTOR A	ZONA 2
	TRAUMATOLOGIA	ESCALERA DE EMERGENCIA SECTOR C	ZONA 2
	CIRUGIA MUJERES	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
3°	PENSIONADO A	ESCALERA DE EMERGENCIA SECTOR A	ZONA 2
	PENSIONADO C	ESCALERA DE EMERGENCIA SECTOR C	ZONA 2
	BIBLIOTECA	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
	ANESTESIA	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
	ARCHIVO	ESCALERA PATIO AMBULANCIAS	ZONA 3
	OFICINAS	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
2° - 3°	AUDITORIO	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
2	UPC QUEMADOS	ESCALERA DE EMERGENCIA SECTOR C	ZONA 2
	QUEMADOS	ESCALERA DE EMERGENCIA SECTOR A	ZONA 2
	DIRECCION	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
	SUB - DIRECCION MEDICA	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
	ENTERAL	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
	TALLERES	ESCALERA PATIO AMBULANCIAS	ZONA 3
	RECURSOS FISICOS	ESCALERA PATIO AMBULANCIAS	ZONA 3
	INFORMATICA	ESCALERA PATIO AMBULANCIAS	ZONA 3
	OFICINAS GREMIALES	ESCALERA PATIO AMBULANCIAS	ZONA 3
	CAPACITACION	ESCALERA LATERAL	ZONA 1

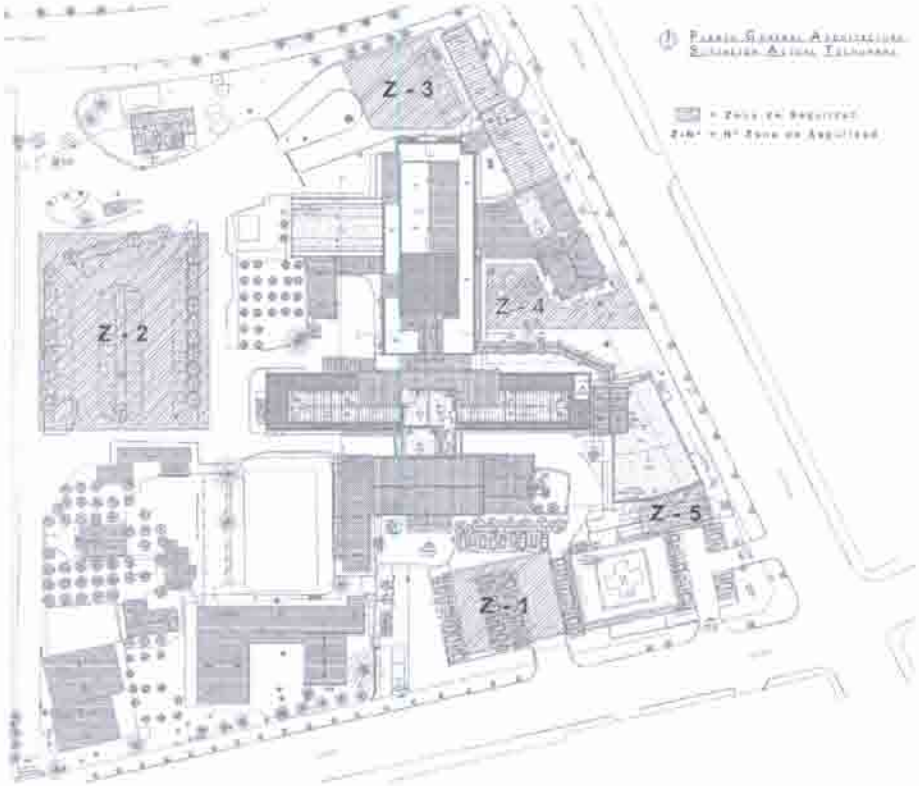
	ESTADISTICA	ESCALERA LATERAL	ZONA 1
	SALAS DE REUNIONES	ESCALERA LATERAL	ZONA 1
	INFORMATICA MEDICA	ESCALERA LATERAL	ZONA 1
	HELIPUERTO	ESCALERA PRINCIPAL (CENTRAL)	ZONA 1
1	LABORATORIO CLINICO	ACCESO PRINCIPAL CURICO	ZONA 1
	BANCO DE SANGRE	ACCESO PRINCIPAL CURICO	ZONA 1
	IMAGENOLOGIA	ACCESO PRINCIPAL CURICO	ZONA 1
	JARDIN INFANTIL	SALIDA PRINCIPAL JARDIN	ZONA 5
	ANTECEDENTES Y CONVENIOS	SALIDA BODEGA	ZONA 2
	SALA DE DADORES	ACCESO PRINCIPAL CURICO	ZONA 1
	ORIENTACION PREVISIONAL Y COBRANZAS	ACCESO PRINCIPAL CURICO	ZONA 1
	SECRETARIA URGENCIA	ACCESO PRINCIPAL CURICO	ZONA 1
	BOX URGENCIA	PUERTA RECUPERADOR	ZONA 3
	BOX EMERGENCIA	PUERTA RECUPERADOR	ZONA 3
	RECUPERADOR	PUERTA RECUPERADOR	ZONA 3
	OFICINA 6	PUERTA RECUPERADOR	ZONA 3
	POLICLINICOS	PUERTA RECUPERADOR	ZONA 3
	SALA ESPERA DENTAL	ACCESO PATIO AMBULANCIAS	ZONA 3
	CENTRAL TELEFONOCA	ACCESO PATIO AMBULANCIAS	ZONA 3
	OFICINA DENTAL	ACCESO PATIO AMBULANCIAS	ZONA 3
	BOX DENTAL	ACCESO PATIO AMBULANCIAS	ZONA 3
	SELECTOR	ACCESO PATIO AMBULANCIAS	ZONA 3

	CAMAS DE LEVES	ACCESO PATIO AMBULANCIAS	ZONA 3
	CAFETERIA OK	SALIDA CAFETERIA	VEREDA PORTUGAL
	OIRS	ACCESO PATIO AMBULANCIAS	ZONA 3
	SALA DE ESPERA PORTUGAL	ACCESO PATIO AMBULANCIAS	ZONA 3
	ADMISION	ACCESO PATIO AMBULANCIAS	ZONA 3
	DAMAS DE ROJO	ACCESO PATIO AMBULANCIAS	ZONA 3
PB	ANATOMIA PATOLOGICA	SALIDA RELACIONES JUDICIALES	ZONA 2
	RELACIONES JUDICIALES	SALIDA RELACIONES JUDICIALES	ZONA 2
	ROPERIA	SALIDA PRINCIPAL PLANTA BAJA	ZONA 2
	RECURSOS HUMANOS	SALIDA PRINCIPAL PLANTA BAJA	ZONA 2
	CONTABILIDAD	SALIDA PRINCIPAL PLANTA BAJA	ZONA 2
	BODEGA CENTRAL	SALIDA BODEGA	ZONA 2
	ADQUISICIONES	SALIDA BODEGA	ZONA 2
	ALIMENTACION	SALIDA PATIO INTERIOR ESTERILIZACION	ZONA 2
	DESPENSA	SALIDA PATIO INTERIOR ESTERILIZACION	ZONA 2
	FARMACIA	SALIDA PATIO INTERIOR ESTERILIZACION	ZONA 2
	ESTERILIZACION	SALIDA PATIO INTERIOR ESTERILIZACION	ZONA 2
	ESTERILIZACION SECTOR ARMADO	SALIDA DE EMERGENCIA (CAJAS PABELLON)	ZONA 2
	CASILLEROS HOMBRES	SALIDA PATIO INTERIOR ESTERILIZACION	ZONA 2
	CASINO CENTRAL Y	SALIDA INGRESO FUNCIONARIOS	ZONA 4

	TECNICOS		
	KINESIOLOGICA	SALIDA INGRESO FUNCIONARIOS	ZONA 4
	UST	SALIDA EMERGENCIA UST	VEREDA PORTUGAL
-1	CENTRAL TERMICA	SALIDA PRINCIPAL CALDERA	ZONA 2
EXTERIOR	BASE SAMU	SALIDA PRINCIPAL SAMU	ZONA 3
EXTERIOR	SUB – DIRECCION ADMINISTRATIVA	SALIDA PRINCIPAL SDA	ZONA 2

21.10.- ZONAS DE SEGURIDAD.

A continuación se observa el emplazamiento de las zonas de seguridad del HUAP:



22.- DISTRIBUCIÓN

- Dirección
- Subdirección Gestión Clínica
- Subdirección Gestión del Cuidado.
- Subdirección Gestión Administrativa y Financiera
- Jefes de Servicios Clínicos, de Apoyo y Unidades Administrativas
- Oficina de Calidad y seguridad del paciente.

23.- DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Ley 20.584 sobre derechos y deberes de las personas vinculadas a su atención de salud.
- Circular N°14 del 16 de agosto de 2012. Firmada por el Ministro de Salud Dr. Jaime Mañalich Muxi.
- GC-SM-01 Guía de aplicación del consentimiento informado Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del rio. Elaborado Por Dra. María Cecilia Rojas Urzúa. Jefa Unidad de Análisis Clínico Diagnóstico GRD. 09/2008.
- Procedimiento para la identificación de los funcionarios en el HUAP. Elaborado por Maria Loreto Valenzuela Solis. Jefe de Personal. 09/2012
- Memorándum N°31. Vías de evacuación y plan de emergencia. Elaborado por Ivette Lorca. Prevencionista de Riesgos. 09/2012.
- PR-DM-01. Procedimiento Aplicación de Consentimiento Informado. Elaborado por Dra. María Cecilia Rojas Urzúa. Jefa Unidad de Análisis Clínico Diagnóstico GRD
- Procedimiento consulta al comité de ética asistencial
- PT-UI-01 Protocolo archivo de fichas clínicas. Elaborado por Dra. María Cecilia Rojas Urzúa. Jefa Unidad de Análisis Clínico Diagnóstico GRD 06/2011
- UGD- PR-01. Protocolo de Derivación de pacientes del HUAP. Elaborado por Dr. Darwin Letelier, EU Ernesto Torres, EU Jimmy Bichara y TM Isabel Vera. 04/2011.
- PGSC. Protocolo Gestión de solicitudes ciudadanas en el HUAP. Elaborado por Patricia Rojas S. Jefe Gestión de Usuarios. 03/2012. Versión 2.

- PFC. Protocolo Ficha Clínica. Elaborado por Dra. María Cecilia Rojas Urzúa. Jefa Unidad de Análisis Clínico Diagnóstico GRD 06/2011.
- PSV Protocolo Sistema de Visitas. Elaborado por Patricia Rojas S. Jefe Gestión de Usuarios 12/11. Versión 3.
- Reglamento interno deberes y derechos de usuarios en su vinculación con admisión de pacientes. Elaborado por Ana María Albornoz, Jefa de Admisión de Pacientes.
- Indicaciones dependientes de gestión del cuidado. Elaborado por EU Carmen Saavedra. Subdirectora Gestión del cuidado (S) 09/2011.

24.- ANEXOS

24.1.- CARTA COMPROMISO TUTOR

Hospital de Urgencia Asistencia Pública
Dr. Alejandro del Río
Gestión de Usuarios

Ficha Clínica N°

CARTA COMPROMISOS TUTORES TERCER PISO

Yo_____Rut: _____me declaro voluntario y responsablemente TUTOR del paciente_____hospitalizado en el servicio de _____del cual soy _____(indicar parentesco o relación).

Comprendo las funciones y responsabilidades que implica ser tutor:

- Conozco los antecedentes médicos del paciente, medicamentos que consume, enfermedades preexistentes, hábitos, etc.
- Me comprometo a aportar en su recuperación y aprender los procedimientos que me indiquen para continuar los cuidados al alta.
- Tengo acceso garantizado para acompañar al paciente durante 8 horas diarias y dispongo del tiempo para hacerlo.
- Si la enfermera lo considera necesario, contaré con autorización para ayudar a alimentar a mi paciente, ella me indicará cuándo y cómo.
- Soy el responsable de que el paciente reciba las visitas permitidas por el servicio, en orden y tranquilidad.
- Me comprometo a respetar las indicaciones médicas y de enfermería para respetar en todo momento la privacidad y el pudor del paciente que acompaño y de los demás pacientes en sala; y a colaborar con cuidados básicos que el personal me enseñe.
- Me comprometo a respetar la confidencialidad de la Ficha Clínica del paciente que acompaño.
- Entiendo que la información médica, me será entregada solo en los horarios indicados en el folleto que recibí (Cirugía y Traumatología: 12:00-12:30 hrs. y medicina de 12:30-13:00hrs.) y que seré la única persona que la recibirá. Me comprometo a transmitirla al resto de mis familiares.
- Entiendo que ante cualquier duda mi deber es informarme, consultando en el módulo de OIRS (Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias).

Recuerde que es importante que el paciente esté acompañado por una persona significativa, como Hospital creemos que usted puede portar en su recuperación siguiendo nuestras recomendaciones, colabore con nosotros...

Firma Tutor:	Firma Funcionario:	
Teléfono de contacto:	N° Brazalete:	Fecha:

24.2.- BRAZALETE TUTOR

24.3.- PACIENTES EN ATENCIÓN DE URGENCIA EMERGENCIA

ESPERA: U: Hombres: _____Nº____ Mujeres:_____Nº____

E: Hombres: _____Nº____ Mujeres:_____ Nº____

T: Hombres: _____Nº____ Mujeres:_____Nº____

FECHA: ___/___/___HORA: _____ FUNCIONARIO: _____

DAU	NOMBRE	UBICACIÓN			HR. DAU	HR. BOX	ESTADO ATENCION					OBSERVACIONES
		E	U	T			TTO	EX	OBS	HOSP	ESP	

24.4.- TABLA QUIRÚRGICA

PABELLON HUAP

TABLA QUIRURGICA JUEVES 02 DE JUNIO DEL 2012./

PABELLON Nº 2 NOMBRE PACIENTE 59 a. (160154)
SALA: 419 C/ 2 COLECISTITIS AGUDA LITIASICA
DM 2
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA + CIO
HORA: 1ª SET DE LAPAROSCOPIA
ANESTESISTA: DRA. LUXORO /DR. LARRAIN
CIRUJANOS: DR. REYES/ VALENZUELA / DR. BRAVO

PABELLON Nº 2 NOMBRE PACIENTE 95 a. (104986)
SALA: 419 C/ 6 ISQUEMIA IRRERSIBLE PIERNA IZQ
HTA. EPOC
AC x FA. I. CARDIACO
AMPUTACION SC IZQUIERDO
HORA: 2ª CAJA AMPUTACION
ANESTESISTA: DRA. LUXORO / DR LARRAIN
CIRUJANOS: DRA. RIMLER / DR. CERONI / DR. BRAVO

PABELLON Nº 2 NOMBRE PACIENTE
COLECISTITIS AGUDA
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA
HORA: 14:00 SET DE LAPAROSCOPIA
ANESTESISTA: DR. BUSTAMANTE / DR. MAASS
CIRUJANOS: DR. VALENZUELA / DR. REYES / DRA. GONZALEZ

DRA. ELIANA HIDALGO SARZOSA
MEDICO JEFE PABELLONES QUIRURGICOS (S)

- PABELLON
- RECUPERACION
- CIRUGIA (2)
- ESTERILIZACION
- RAYOS
- BANCO DE SANGRE

24.5.- PASE DE VISITA URGENCIA

VISITA
URGENCIA
1 PERSONA

BOX: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

INICIO: 12:00 hrs.
TERMINO: 13:00 hrs.

24.6.- FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

24.6.1.- Consentimiento Informado Hospitalización

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES CON INDICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Información General:

Estimado paciente: la intención de éste documento es otorgarle información sobre la Indicación de hospitalización necesaria para el tratamiento de su enfermedad actual. Léalo atentamente, y si es preciso, solicite mayor información para aclarar dudas.

Expongo:
Que el Doctor (a):.....
Me ha explicado que por el problema de salud que consulté debo ser hospitalizado en éste momento.

Que el Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro Del Río (HUAP) forma parte de una **Red asistencial** en conjunto con otros Establecimientos del Ministerio de Salud.

Y que en caso de ser necesario, debido a mi diagnóstico y/o disponibilidad de camas, mi hospitalización pudiese cursar en otro establecimiento de la Red o **ser derivado** a un establecimiento privado, con prestadores debidamente autorizados por esta Institución. Asimismo he sido informado que el HUAP, está facultado para **reintegrarme a este Hospital**, cuando las circunstancias así lo ameriten.

De ser así la **derivación o el reingreso** se realizará bajo la responsabilidad de esta institución de acuerdo a la complejidad de mi enfermedad asegurándome las atenciones que requiera para un traslado seguro.

Manifiesto:
Que el Dr. (a) me ha informado, que es posible que se me efectúe(n) algún(os) procedimiento(s) diagnóstico(s) exámenes de laboratorio e imágenes como rayos, ecografía, escáner, etc. para confirmar su **Hipótesis diagnóstica de**:
.....

De ser preciso estos procedimientos serán realizados en otros establecimientos de la Red.

Que **recibiré tratamientos** adecuados para el manejo de mi enfermedad los que pueden incluir sueros, analgesia, antibióticos, trombolisis, transfusión de hemocomponentes, nutrición enteral o parenteral, anestesia, los cuales ocasionalmente pueden presentar efectos adversos no predecibles que incluso pueden causar la muerte, lo que me ha sido especialmente detallado.

Que el Dr. (a) me ha informado que este es un **Hospital docente**, donde la participación de alumnos practicantes de las ciencias médicas y médicos en especialización, bajo la tutela de los médicos especialistas de éste hospital forman parte del equipo de salud que me tratará.

Declaro:
Que he comunicado al Dr. (a) la totalidad de **mis enfermedades y los medicamentos que consumo** para tratarlas, y que el me ha descrito los riesgos que enfrento, a consecuencia de mi estado previo de salud, sexo, edad, ocupación y creencias

Que se me ha explicado que en **Medicina NO se puede asegurar resultados** ya que no es una ciencia exacta, pues existe una morbilidad y mortalidad asociada a cualquier acto médico.

Entiendo que éste consentimiento puede **ser revocado** por mí en cualquier momento antes de la realización del/los procedimientos, sin necesidad de explicación alguna.

El médico que suscribe declara haber **informado y explicado** al paciente sobre su condición de salud y procedimientos necesarios a realizar, formándome la impresión de que el paciente o su representante legal ha **comprendido esta información.**

EMERGENCIA

El **médico** que suscribe declara **NO FUE POSIBLE OBTENER EL CONSENTIMIENTO** del paciente por tratarse de una **EMERGENCIA** con necesidad de intervención inmediata e impostergable por riesgo vital y/o secuela funcional grave.

Fecha.....Hora.....

Diagnóstico.....

Dr.....

.....
Firma y RUN del médico

CONSENTIMIENTO

Fecha.....Hora.....

Yo..... Edad.....
Nombre del paciente

Acepto **ser hospitalizado** en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, se me ha entregado información detallada acerca de **mi enfermedad**, su pronóstico y diferentes alternativas de tratamiento que actualmente tiene la ciencia médica, con los beneficios y riesgos de cada uno de ellos; además de las alternativas y medios con que cuenta el Hospital para su realización, información que he comprendido tras haber **aclarado mis dudas, en entrevista personal, con el**

Dr.(a)..... Por lo **que he tomado esta decisión en forma libre y voluntaria**.

CAUSA DE LA INCOMPETENCIA .....

.....

Yo.....Edad.....
Nombre de su representante legal en caso de incompetencia.

....
Firma y RUN del paciente o representante legal Firma y RUN del médico

DENEGACIÓN

Fecha.....Hora.....

Yo..... Edad.....
Nombre del paciente.

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la **Hospitalización** propuesta, información que he comprendido tras haber aclarado mis dudas, en entrevista personal, con el
Dr.(a)..... manifiesto en forma libre y voluntaria mi **DENEGACIÓN O RECHAZO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de ésta

CAUSA DE LA INCOMPETENCIA .....

.....

Yo..... Edad.....
Nombre de su representante legal en caso de incompetencia.

.....	.....
Firma y RUN del paciente o representante legal	Firma y RUN del médico

24.6.2.- Consentimiento Informado Cirugía

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Información General:

Estimado paciente: la intención de éste documento es otorgarle información sobre la indicación de intervención y/o procedimientos quirúrgicos necesaria para el tratamiento de su enfermedad actual. Léalo atentamente, y si es preciso, solicite mayor información para aclarar dudas.

Información sobre la intervención y/o procedimiento

El Dr.(a).....
Me ha explicado que tengo el diagnóstico de.....
enfermedad que puede poner en riesgo mi vida, por lo que requiero una intervención y/o procedimiento quirúrgica de: .....
la que me ha sido propuesta por los médicos de esta institución.
Existe la alternativa que yo no quiera operarme, pero también tengo claro que eso me puede costar la vida o graves consecuencias.

Se me informó que el HUAP cuenta con los medios técnicos y el personal entrenado **para que este procedimiento se efectúe de acuerdo a las normas de seguridad del propio Hospital.**

Se me ha explicado que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mí médico se pueden presentar complicaciones,
siendo las **complicaciones mas frecuentes:** hematomas (acumulación de sangre), seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), apraxia (cambios en la sensibilidad de la piel), infecciones de: herida operatoria, urinarias, respiratoria; reacciones alérgicas, dehiscencia (apertura) de suturas, hemorragias intra o postoperatorias con posible necesidad de transfusión de componentes sanguíneos, lesión involuntarias en vasos sanguíneos, u órganos vecinos a la intervención.

Otras **complicaciones potencialmente serias** como: trombo-embolismo pulmonar, sepsis, depresión o paro cardio-respiratorio que, aunque son poco frecuentes, representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo

excepcional de muerte del paciente, y **complicaciones tardías** ocasionales: granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), hernias en la cicatriz.

Entiendo que los profesionales tratantes tomarán todas las medidas posibles para que no ocurran, pero este hecho no asegura que no se produzcan. Se me ha dicho que en **la práctica de la medicina y cirugía NO se puede asegurar resultados** ya que **no es una ciencia exacta,** pues existe una morbilidad y mortalidad asociada a cualquier acto médico.

Comprendo que dichas condiciones **pueden requerir tratamientos complementarios**, tanto médicos o incluso nuevas intervenciones, que desde ya autorizo para que se me efectúen. También puede ser necesario tomar biopsia, pero entiendo que no es preciso en todos los casos.

Si durante el procedimiento u acto quirúrgico mi médico descubre una condición o **enfermedad imprevista**, que a su juicio requiere ser resuelta en la misma operación o bien estima que es razonable hacerlo pues evitará una nueva intervención, lo autorizo para efectuar el procedimiento adicional que estime sea más adecuado para tratarla.

Para esta cirugia se necesita anestesia, **la que puede ser: regional o general, lo que determinará el médico anestesiólogo según sea lo más apropiado para mi caso, o local, administrada por el médico tratante o radiólogo, anestesia que desde ya autorizo, conciente de que la administración de medicamentos durante ella también implica riesgos pudiendo, aunque infrecuentemente, causar secuelas graves, permanentes, incluso la muerte.**

He comunicado al Dr. (a) la **totalidad de mis enfermedades** y los medicamentos que consumo para tratarlas, el me ha explicado los riesgos que enfrento a consecuencia de mi estado previo de salud y mi edad.

El Dr. (a) me ha informado que este es un hospital **docente,** donde la participación de alumnos, practicantes de las ciencias médicas y médicos en especialización, bajo la tutela de los profesionales docentes de éste hospital forman parte del equipo de salud que me tratará. Yo consiento la toma de fotografías y/o videos durante los procedimientos y la publicación de ellas, con fines docentes y/o científicos, sabiendo que mi nombre no estará asociado a su publicación.

Entiendo que éste consentimiento **puede ser revocado por mí** en cualquier momento antes de la realización de la intervención o procedimiento quirúrgico, sin necesidad de explicación alguna.

El médico que suscribe declara haber **informado y explicado** al paciente sobre su condición de salud y procedimientos necesarios a realizar, formándome la impresión de que el paciente o su representante legal **ha comprendido esta información.**

CONSENTIMIENTO

Fecha.....Hora.....

Yo..... Edad.....
Nombre del paciente

Acepto y autorizo a los médicos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro Del Río, para realizarme la **intervención y/o procedimiento quirúrgico de:**

.....

Y lo que sea necesario efectuar según los hallazgos. Se me ha entregado información detallada acerca de **mi enfermedad**, su pronóstico y diferentes alternativas de tratamiento que actualmente tiene la ciencia médica, con los beneficios y riesgos de cada uno de ellos.

Se me ha informado en detalle la naturaleza y fines de la **intervención y/o procedimiento quirúrgico** a la que seré sometido, sobre los riesgos inherentes, sus complicaciones, consecuencias, alternativas de tratamiento y medios con que cuenta el Hospital para su realización, la que he comprendido tras haber aclarado mis dudas, en entrevista personal con el
Dr.(a).....

Por lo que he tomado esta **decisión** en forma **libre y voluntaria**.

CAUSA DE LA INCOMPETENCIA .....

.....

Yo..... Edad.....
Nombre de su representante legal en caso de incompetencia.

....

Firma y RUN del paciente o representante legal Firma y RUN del médico

DENEGACIÓN

Fecha.....Hora.....

Yo..... Edad.....
Nombre del paciente

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la **intervención y/o procedimientos** propuesto(s), información que he comprendido tras haber aclarado mis dudas, en entrevista personal, con el

Dr.(a)..... manifiesto en forma libre y voluntaria mi **DENEGACIÓN O RECHAZO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de ésta

CAUSA DE LA INCOMPETENCIA .....

Yo..... Edad.....
Nombre de su representante legal en caso de incompetencia.

....

Firma y RUN del paciente o representante legal Firma y RUN del médico

EMERGENCIA

El **médico** que suscribe declara **NO FUE POSIBLE OBTENER EL CONSENTIMIENTO** del paciente por tratarse de una **EMERGENCIA** con necesidad de intervención inmediata e impostergable por riesgo vital y/o secuela funcional grave.

Fecha.....Hora.....

Diagnóstico.....

Dr.....

.....

Firma y RUN del médico

24.6.3.- Consentimiento informado Servicio de Quemados

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN Y/O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DEL SERVICIO DE QUEMADOS

Información General:

Estimado paciente: la intención de éste documento es otorgarle información sobre la indicación de intervención y/o procedimiento quirúrgico necesaria para tratamiento de su enfermedad actual. Léalo atentamente, y si es preciso, solicite mayor información para aclarar dudas.

Nuestro Servicio es el **Centro de Derivación Nacional** para pacientes Quemados graves. Nuestro objetivo es brindar a nuestros pacientes una atención oportuna, humana, eficaz y eficiente; de la más alta calidad científica y técnica.

Información sobre la intervención y/o procedimiento

El Dr. (a) Me ha explicado que tengo el diagnóstico de:

.....

enfermedad que puede poner en riesgo mi vida, por lo que requiero una intervención y/o procedimiento quirúrgico de :

.....

la que me ha sido propuesta (o) por los médicos de esta institución.
Existe la alternativa que yo no quiera operarme, pero también tengo claro que eso me puede costar la vida o graves consecuencias.

Se me ha explicado que **las Quemaduras Graves son grandes heridas. El tratamiento es la reparación de la herida,** que el paciente quemado es uno de los más graves, complejos y de mas alto riego de vida porque, al mismo tiempo que se le destruye la piel, que es nuestra barrera de defensa natural, como consecuencia se comprometen todos los sistemas del organismo: respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal, renal, etc.

Necesitaré un **tratamiento combinado clínico y quirúrgico**. Por una parte será necesario múltiples aseos quirúrgicos, posibles transfusiones de hemoderivados, reconstruir mi piel (cubierta cutánea) y por otra mantener mis funciones vitales y anticipar o tratar las complicaciones de mis otros sistemas secundarias a **diversas complicaciones** debidas al impacto de la quemadura, al agravamiento de enfermedades anteriores o a la suma de ambas.

Si la gravedad por la extensión y profundidad de la quemadura, afecta la vitalidad de una o más de mis extremidades, la **amputación** de ella(s) será parte del tratamiento indispensable para salvar mi vida.

Se me ha explicado que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones, siendo las **complicaciones mas frecuentes:** hematomas (acumulación de sangre), seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), apraxia (cambios en la sensibilidad de la piel), infecciones de: herida operatoria, urinarias, respiratoria, reacciones alérgicas. Otras **complicaciones potencialmente serias** como: trombo-embolismo pulmonar, sepsis, depresión o paro cardio-respiratorio y **complicaciones tardías** ocasionales: granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz).

Estas condiciones pueden **requerir tratamientos complementarios**, tanto médico o incluso muevas intervenciones. Se me ha dicho que **en la práctica de la medicina y cirugía NO se puede asegurar**

resultados ya que **no es una ciencia exacta,** pues existe una morbilidad y mortalidad asociada a cualquier acto médico.

Si durante el procedimiento u acto quirúrgico mi médico descubre una condición o **enfermedad imprevista**, que a su juicio requiere ser resuelta en la misma operación o bien estima que es razonable hacerlo pues evitará una nueva intervención, lo autorizo para efectuar el procedimiento adicional que estime sea más adecuado para tratarla.

Para esta cirugia se necesita anestesia**, que puede ser regional o general, lo que determinará el médico anestesiólogo según sea lo más apropiado para mi caso, anestesia que desde ya autorizo, conciente de que la administración de medicamentos durante ella también implica riesgos pudiendo, aunque infrecuentemente, causar secuelas graves, permanentes, incluso la muerte.**

He comunicado al Dr. (a) la **totalidad de mis enfermedades y los medicamentos que consumo** para tratarlas, el me ha explicado los riesgos que enfrento a consecuencia de mi estado previo de salud y mi edad.

El Dr. (a) me ha informado que este es un **Hospital docente,** donde la participación de alumnos, practicantes de las ciencias médicas y médicos en especialización, bajo la tutela de los profesionales docentes de éste hospital forman parte del equipo de salud que me tratará. Yo consiento la toma de fotografías y/o videos durante los procedimientos y la publicación de ellas, con fines docentes y/o científicos, sabiendo que mi nombre no estará asociado a su publicación.

Entiendo que éste consentimiento **puede ser revocado** por mí en cualquier momento antes de la realización del/los procedimientos, sin necesidad de explicación alguna.

El médico que suscribe declara haber **informado y explicado** al paciente sobre su condición de salud y procedimientos necesarios a realizar, formándome la impresión de que el paciente o su representante legal ha **comprendido esta información.**

CONSENTIMIENTO

Fecha.....Hora.....

Yo..... Edad.....
Nombre del paciente

Acepto y autorizo a los médicos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro Del Río, para realizarme la **intervención y/o procedimiento quirúrgico de:**

.....

Y lo que sea necesario efectuar según los hallazgos. Se me ha entregado información detallada acerca de **mi enfermedad**, su pronóstico y diferentes alternativas de tratamiento que actualmente tiene la ciencia médica, con los beneficios y riesgos de cada uno de ellos.

Se me ha informado en detalle la naturaleza y fines de la **intervención y/o procedimiento quirúrgico** a la que seré sometido, sobre los riesgos inherentes, sus complicaciones, consecuencias, alternativas de tratamiento y medios con que cuenta el Hospital para su realización, la que he comprendido tras haber aclarado mis dudas, en entrevista personal con el

Dr.(a).....

Por lo que he tomado esta **decisión** en forma **libre y voluntaria**.

CAUSA DE LA INCOMPETENCIA .....

Yo..... Edad.....
Nombre de su representante legal en caso de incompetencia.

....
Firma y RUN del paciente o representante legal Firma y RUN del médico

DENEGACIÓN

Fecha.....Hora.....

Yo..... Edad.....
Nombre del paciente

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la **intervención y/o procedimientos** propuesto(s), información que he comprendido tras haber aclarado mis dudas, en entrevista personal, con el

Dr.(a)..... manifiesto en forma libre y voluntaria mi **DENEGACIÓN O RECHAZO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de ésta

CAUSA DE LA INCOMPETENCIA .....

Yo..... Edad.....
Nombre de su representante legal en caso de incompetencia.

....
Firma y RUN del paciente o representante legal Firma y RUN del médico

EMERGENCIA

El **médico** que suscribe declara **NO FUE POSIBLE OBTENER EL CONSENTIMIENTO** del paciente por tratarse de una **EMERGENCIA** con necesidad de intervención inmediata e impostergable por riesgo vital y/o secuela funcional grave.

Fecha.....Hora.....

Diagnóstico.....

Dr.....

.....
Firma y RUN del médico

24.6.4.- Consentimiento informado procedimientos endoscópicos

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS

Información General:

Estimado paciente: la intención de éste documento es otorgarle información sobre los **Procedimientos Endoscópicos** diagnósticos y/o terapéuticos con los que nuestra Unidad puede ayudarlo en su problema de salud. Léalo atentamente y si es preciso, solicite mayor información para aclarar dudas.

Información sobre la intervención y/o procedimiento

El Doctor (a):.....
Me ha expuesto que por el problema de salud que consulté es necesario me realice el **examen de**.....
Existe la alternativa que yo no quiera efectuármela, pero también tengo claro
que eso me puede costar la vida o graves consecuencias.

Me ha explicado que la **Endoscopia** es un procedimiento con el cual los médicos exploran el sistema digestivo y/o respiratorio utilizando un **endoscopio**, que es un tubo flexible fino que se introduce por: la boca, nariz o ano, logrando así una **visualización en directo, detallada y en color** de la **mucosa** (el revestimiento interior) de los **órganos examinados.** En todos estos procedimientos se administra **sedación** para hacer más confortable el procedimiento.

1. La-Endoscopía digestiva alta: examina el esófago, estómago y duodeno, el endoscopio que se introduce por la boca previamente anestesiada.

2. La-Endoscopía digestiva baja o colonoscopía: explora todo el intestino grueso (colon) y parte final del intestino delgado (ileon), el endoscopio se introduce a través del ano.

3. Fibrobroncoscopia: explora, laringe, traquea y vías bronquiales, el endoscopio se introduce a través de la boca o nariz previamente anestesiada.

El doctor me ha informado que con este procedimiento, se pueden **diagnosticar** trastornos gastro-intestinales, aplicar algunos **tratamientos** como dilatación, esclerosis de varices esofágicas y de úlceras sangrantes, extracción de cuerpos extraños, aspiración de secreciones, lavado broncoalveolar, colocación de prótesis, tubo endotraqueal, realizar pequeñas **intervenciones** como la extirpación de pólipos a través del endoscopio y sacar **biopsia** (muestras de tejido).

4. La Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (E.R.C.P.) no es solamente una endoscopía, sino un **procedimiento quirúrgico terapéutico** mediante endoscopios, con evidentes beneficios por tratarse de una cirugía **mínimamente invasiva,** que persigue diagnosticar y tratar enfermedades relacionadas con la vía biliar y órganos vecinos (hígado, páncreas), como cálculos, tumores, estrechez de los conductos, aplicar algunos **tratamientos:** dilataciones, realizar pequeñas **intervenciones** como: papilotomía (corte con un bisturí eléctrico en la papila) para poder extraer el o los cálculos, drenajes, muestras para cultivo, litotricia (fragmentación de cálculos), electrocoagulación y sacar **biopsia**

Esta **cirugía endoscópica** puede ser realizada de una vez o requerir en algunos casos de más sesiones. Durante este procedimiento siempre es necesario **usar anestesia local oral y sedación,** inyectar medio de contraste que contiene yodo en la vía biliar, para distinguir tejidos y alteraciones bajo rayos X.

Complicaciones :El doctor me ha detallado que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, se pueden presentar complicaciones, siendo las mas **frecuentes:** reacciones a medicamentos, al uso del **medio de contraste radiológico**, hemorragias o perforación del intestino, ,pancreatitis aguda, colangitis, hipotensión, , edema laríngeo, broncoespasmo, infección, paro cardio-respiratorio Estas complicaciones son muy raras (menos de 1 por cada 1000 exploraciones), pero representan como en toda intervención un riesgo excepcional de muerte del paciente

Me informó que el HUAP cuenta con los medios técnicos y el personal entrenado **para que este procedimiento se efectúe de acuerdo a las normas de seguridad del propio Hospital.**

Entiendo que los profesionales tratantes tomarán todas las medidas posibles para que no ocurran, pero este hecho no asegura que no se produzcan. Se me ha dicho que en **la práctica de la medicina y cirugía NO se puede asegurar resultados** ya que **no es una ciencia exacta,** pues existe una morbilidad y mortalidad asociada a cualquier procedimiento o intervención.

Comprendo que dichas condiciones **pueden requerir tratamientos complementarios**, tanto médicos o incluso muevas intervenciones, que desde ya autorizo para que se me efectúen.

Sí durante el procedimiento u acto quirúrgico mi médico descubre una condición o **enfermedad imprevista**, que a su juicio requiere ser resuelta en la misma intervención, lo autorizo para efectuar el procedimiento adicional que estime sea más adecuado para tratarla.

He comunicado al Dr. (a) la **totalidad de mis enfermedades,** con especial énfasis **mis alergias** y los medicamentos que consumo para tratarlas, el me

ha explicado los riesgos que enfrento a consecuencia de mi estado previo de salud y mi edad.

Entiendo que éste consentimiento **puede ser revocado por mí** en cualquier momento antes de la realización de la intervención o procedimiento quirúrgico, sin necesidad de explicación alguna.

El médico que suscribe declara haber **informado y explicado** al paciente sobre su condición de salud y procedimientos necesarios a realizar, formándome la impresión de que el paciente o su representante legal **ha comprendido esta información**.

CONSENTIMIENTO

Fecha.....Hora.....

Yo..... Edad.....
Nombre del paciente

Acepto y autorizo a los médicos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro Del Río, para realizarme la **intervención y/o procedimiento de:**

.....

Y lo que sea necesario efectuar según los hallazgos. Se me ha informado en detalle la naturaleza y fines de la **intervención y/o procedimiento** a la que seré sometido, sobre los riesgos inherentes, sus complicaciones, consecuencias, alternativas de tratamiento y medios con que cuenta el Hospital para su realización, la que he comprendido tras haber aclarado mis dudas, en entrevista personal con el

Dr.(a).....
Por lo que he tomado esta **decisión** en forma **libre y voluntaria**.

CAUSA DE LA INCOMPETENCIA .....

Yo..... Edad.....
Nombre de su representante legal en caso de incompetencia.

....
Firma y RUN del paciente o representante legal Firma y RUN del médico

DENEGACIÓN

Fecha.....Hora.....

Yo..... Edad.....
Nombre del paciente

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la **intervención y/o procedimientos** propuesto(s), información que he comprendido tras haber aclarado mis dudas, en entrevista personal, con el

Dr.(a)..... manifiesto en forma libre y voluntaria mi **DENEGACIÓN O RECHAZO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de ésta

CAUSA DE LA INCOMPETENCIA .....

Yo..... Edad.....
Nombre de su representante legal en caso de incompetencia.

....
Firma y RUN del paciente o representante legal Firma y RUN del médico

EMERGENCIA

El **médico** que suscribe declara **NO FUE POSIBLE OBTENER EL CONSENTIMIENTO** del paciente por tratarse de una **EMERGENCIA** con necesidad de intervención inmediata e impostergable por riesgo vital y/o secuela funcional grave.

Fecha.....Hora.....

Diagnóstico.....

Dr.....

.....

Firma y RUN del médico

24.6.5.- Consentimiento informado scanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXÁMEN RADIOLÓGICO DE ESCÁNER

Información General:

Estimado paciente: la intención de éste documento es otorgarle información sobre la indicación de **Escáner** necesaria para el diagnóstico y/o tratamiento
de su enfermedad actual. Léalo atentamente, y si es preciso, solicite mayor información para aclarar dudas.

Lo informado en este documento corresponde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que **cada paciente es un ser único y distinto**, de manera que pueden existir condiciones propias de cada uno de nosotros que signifiquen mayores riesgos, modificando los resultados esperados.

Información sobre la intervención y/o procedimiento

El Dr.(a).....
Me ha explicado que para el Diagnóstico y/o tratamiento de mi enfermedad es necesario se me efectúe un **Escáner de:**

.....el que me ha sido propuesta por los médicos de esta institución.

Me ha explicado que este es un examen radiológico, en que se utilizan **radiaciones ionizantes** las cuales pueden producir por acumulación, efectos dañinos para su salud, especialmente en mujeres **embarazadas.**

Me ha informado que el HUAP cuenta con los medios técnicos y el personal entrenado, **para que este procedimiento se efectúe de acuerdo a las normas de seguridad del propio Hospital.**

Que es necesario que yo sepa, que algunos de estos **exámenes requieren inyección de medio de contraste a base de yodo,** que tiene por finalidad distinguir mejor ciertos tejidos del cuerpo. Este contraste es administrado por vía intravenosa, razón por la cual se me instalará una **vía venosa** adecuada, generalmente en mi brazo, para la realización del examen.

Me detalló que su administración puede en algunos casos **producir reacciones adversas no deseadas,** las que pueden ir desde un simple mareo, sensación de calor, mal gusto en la boca, pasando por reacciones alérgicas como ronchas en la piel, dificultad para respirar hasta un shock anafiláctico, de muy baja frecuencia, que puede causar incluso la muerte.

Entiendo que los profesionales tratantes tomarán todas las medidas posibles para que no ocurran, pero este hecho no asegura que no se produzcan. Se me ha dicho que en la **práctica** de la **medicina y**

cirugia NO se puede asegurar resultados ya que **no es una ciencia exacta,** pues existe una morbilidad y mortalidad asociada a cualquier acto médico.

Comprendo que dichas condiciones **pueden requerir tratamientos complementarios**, tanto médicos o incluso muevas intervenciones, que desde ya **autorizo** para que se me efectúen.

En caso de "agitación y movimientos" **que por mi enfermedad o accidente yo no pueda controlar, para este examen necesitaré** anestesia general, **la que determinará el** médico anestesiólogo **según sea lo más apropiado para mi caso, anestesia que desde ya autorizo, conciente de que la administración de medicamentos durante ella también implica riesgos pudiendo, aunque infrecuentemente, causar secuelas graves, permanentes, incluso la muerte.**

Yo he comunicado al Dr. (a) con especial énfasis **mi alergia a:**

.....
.....
.....
..... además de la **totalidad de mis enfermedades y** los medicamentos que consumo para tratarlas, el me ha explicado los riesgos que enfrento a consecuencia de mi estado previo de salud y mi edad.

El Dr. (a) me ha informado que este es un hospital **docente,** donde la participación de alumnos, practicantes de las ciencias médicas y médicos en especialización, bajo la tutela de los profesionales docentes de éste hospital forman parte del equipo de salud que me tratará.

Entiendo que éste consentimiento **puede ser revocado por mi** en cualquier momento antes de la realización de la intervención o procedimiento quirúrgico, sin necesidad de explicación alguna.

El médico que suscribe declara haber **informado y explicado** al paciente sobre su condición de salud y procedimientos necesarios a realizar, formándome la impresión de que el paciente o su representante legal **ha comprendido esta información.**

CONSENTIMIENTO

Fecha.....Hora.....

Yo..... Edad.....
Nombre del paciente

Acepto y autorizo a los médicos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro Del Río, para realizarme el examen radiológico de **ESCÁNER DE:**
.....

Se me ha **informado** en detalle la **naturaleza y fines del examen** al que seré sometido, sobre los riesgos inherentes, sus complicaciones, consecuencias, alternativas de tratamiento y medios con que cuenta el Hospital para su realización, la que **he comprendido** tras haber aclarado mis dudas, en entrevista personal con el

Dr.(a).....
Por lo que he tomado esta **decisión** en forma **libre y voluntaria.**

CAUSA DE LA INCOMPETENCIA .....

.....

Yo..... Edad.....
Nombre de su representante legal en caso de incompetencia.

....
Firma y RUN del paciente o representante legal Firma y RUN del médico

DENEGACIÓN

Fecha.....Hora.....

Yo..... Edad.....
Nombre del paciente.

Después de ser **informado** de la **naturaleza** y **riesgos del examen** de Escáner propuesto, información que **he comprendido** tras haber aclarado mis dudas, en entrevista personal, con el

Dr.(a)..... manifiesto en forma libre y voluntaria mi **DENEGACIÓN O RECHAZO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de ésta
Por lo que he tomado esta **decisión** en forma **libre y voluntaria.**

CAUSA DE LA INCOMPETENCIA .....

Yo..... Edad.....
Nombre de su representante legal en caso de incompetencia.

....
Firma y RUN del paciente o representante legal Firma y RUN del médico

EMERGENCIA

El **médico** que suscribe declara **NO FUE POSIBLE OBTENER EL CONSENTIMIENTO** del paciente por tratarse de una **EMERGENCIA** con necesidad de intervención inmediata e impostergable por riesgo vital y/o secuela funcional grave.

Fecha.....Hora.....

Diagnóstico.....

Dr.....

.....Firma y RUN del médico

24.6.6.- Consentimiento Informado Transfusión de Hemocomponentes

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Información General

Estimado paciente: la intención de éste documento es otorgarle información sobre la indicación de transfusión de hemocomponentes necesaria para el tratamiento de su enfermedad actual. Léalo atentamente, y si es preciso, solicite mayor información para aclarar dudas.

Cuando su médico ha decidido indicarle una transfusión, ya ha sopesado el beneficio que trae para Ud. frente a los riesgos que conlleva, considerando que de no colocarse la transfusión son muy superiores a los riesgos que en teoría pueden aparecer con ella. No obstante, Ud. como paciente, tiene el derecho a conocer estos riesgos y a decidir por sí mismo si acepta o no ser transfundido.

En qué consiste la transfusión sanguinea
La transfusión consiste en la administración de uno o más componentes sanguíneos (Glóbulos Rojos, plasma, plaquetas o crioprecipitados a través de una vena del paciente, tal como se hace con el suero. Cabe la posibilidad que fuese necesario cambiar el lugar de punción durante el procedimiento

Riesgos de la Transfusión Sanguínea
A pesar de la adecuada elección del procedimiento y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseados, tanto los comunes derivados del mismo y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia, etc.) y los específicos del procedimiento.

Otro riesgo posible que tienen las transfusiones es que el receptor pueda sufrir algún tipo de **reacción de rechazo**, como fiebre, picazón, rush cutáneo, entre otros. Estas reacciones son frecuentes y prácticamente son siempre leves.
Ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien la posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriese alguna complicación, debe saber que todos los medios técnicos que existen en este hospital están disponibles para intentar solucionarla.

La sangre y sus componentes provienen de personas que gozan de buena salud. Son personas que por donar sangre no reciben ningún beneficio económico. Todos los donantes de sangre del HUAP han sido seleccionados con criterios médicos y a la sangre se le realizan todos los **exámenes que exige el Ministerio de Salud.**

Cualquier hemocomponente que vaya a recibir Ud ha sido analizado para el virus del SIDA (anticuerpos anti VIH), para la Hepatitis B y C, para la Enfermedad de Chagas, para la Sífilis y para el Virus Linfotrópico humano (HTLV I y II). Pese a ellos existe una remota posibilidad de contagio que se estima en 2-3 por millón de transfusiones para el SIDA y de 10 -25 por millón para las hepatitis B o C.

Estas cifras indican que es **excepcional contagiarse** en la actualidad por esta vía, ya que el riesgo teórico sería de un caso cada 50 – 100 años.

Riesgos personalizados

.....

.....

Que otras alternativas hay

En este hospital, por ser un hospital de Urgencias, no contamos con otra alternativa, a la transfusión para tratarle.

EMERGENCIA

El **médico** que suscribe declara **NO FUE POSIBLE OBTENER EL CONSENTIMIENTO** del paciente por tratarse de una **EMERGENCIA** con necesidad de intervención inmediata e impostergable por riesgo vital y/o secuela funcional grave.

Fecha.....Hora.....

Diagnóstico.....

Dr.....

.....

Firma y RUN del médico

CONSENTIMIENTO

Fecha.....Hora.....

Yo..... Edad.....
Nombre del paciente.

Acepto que me sea realizada **transfusión de hemocomponentes**. Se me ha entregado información del procedimiento y de los riesgos inherentes, además de las alternativas y medios con que cuenta el Hospital para su realización, información que he comprendido tras haber **aclarado mis dudas, en entrevista personal, con el:**

Dr.(a)..... Por lo **que he tomado esta decisión en forma libre y voluntaria**.

CAUSA DE LA INCOMPETENCIA .....

.....

Yo..... Edad.....
Nombre de su representante legal en caso de incompetencia.

....
Firma y RUN del paciente o representante legal **Firma y RUN del médico**

DENEGACIÓN

Fecha.....Hora.....

Yo..... Edad.....
Nombre del paciente

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento de **Transfusión de Hemocomponentes** propuesto información que he comprendido tras haber aclarado mis dudas, en entrevista personal, con el

Dr.(a)..... manifiesto en forma libre y voluntaria mi **DENEGACIÓN O RECHAZO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de ésta

CAUSA DE LA INCOMPETENCIA .....

.....

Yo..... Edad.....
Nombre de su representante legal en caso de incompetencia.

....
Firma y RUN del paciente o representante legal **Firma y RUN del médico**

24.6.7.- Consentimiento Informado Examen Detección VIH

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES CON INDICACIÓN DEL EXAMEN DE DETECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Información General:

Estimado paciente: la intención de éste documento es otorgarle información sobre el **Examen de detección del virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)** Léalo atentamente, y si es preciso, solicite mayor información para aclarar dudas.

El Doctor (a):.....
Me ha expuesto que por el problema de salud que consulté es necesario me realice el **examen de detección del VIH** en éste momento.

Me ha informado que la epidemia de VIH/SIDA se ha extendido a todas las regiones del mundo, que el número de casos ha ido en aumento llegando a transformarse en una de las **principales causas de muerte**, especialmente en **gente joven** y en países con recursos limitados.

Que por este motivo la **enfermedad por VIH/SIDA constituye una de las prioridades** del Ministerio de Salud, que ha implementado el **acceso universal** a **tratamientos antiretrovirales** y a la **prevención de la transmisión vertical (al bebé)**, como parte de los problemas de salud incluidos dentro de la ley que establece un Régimen de Garantías Explícitas y Acceso Universal (**AUGE**).

DEFINICIÓN

Periodo de Ventana: Me ha explicado que el virus de la Inmunodeficiencia Humana, luego de producida la infección (primoinfección) se comporta en el organismo como parte de el, obligándolo a multiplicarlo a expensas de bajar las defensas de la persona.

Generalmente este proceso va **acompañado** de una serie de **manifestaciones clínicas de infección aguda** (similares a un resfrío**): "Síndrome Retroviral Agudo",** momento que muchas veces pasa **inadvertido**.

Este período conocido como **"Periodo de Ventana"** dura aproximadamente **tres meses** y durante el **NO** se puede **pesquisar** el **virus** en examen de laboratorio.

Etapa de Portador Asintomático: Que luego comienza este período que puede durar entre 6 y 10 años, aunque puede llegar a 15 o más años, debido al **equilibrio entre la multiplicación de los virus y nuestras defensas;** y que durante este lapso, la persona no presenta signos ni síntomas por lo que con frecuencia ignora su condición de estar viviendo con el virus **(PVVIH),** condición que **solamente es detectable** a través de examen de **laboratorio**.

Etapa de Síntomas: Que posteriormente**, se rompe este equilibrio aumentando** la cantidad de **virus** y **disminuyendo** en forma importante nuestras **defensas**, se llega a la **etapa de síntomas** apareciendo **diversas infecciones**, clásicas, oportunistas, tumores, llegando así al síndrome de inmunodeficiencia adquirida, **SIDA clínico** y, de **no mediar tratamiento antiretroviral (TAR),** culminan en la **muerte** del paciente después de un período total de tiempo variable que, en **promedio, es de 9 a 11 años.**

TERAPIA ANTIRETROVIRAL (TAR) **:** El Dr. me ha destacado, que la **eficacia de este tratamiento es máxima** en pacientes que **lo inician antes** de que se produzca un deterioro clínico e inmunológico extremadamente avanzado

Es así que si se confirma mi diagnóstico de VIH/SIDA, podré comenzar tratamiento antiretroviral en forma **precoz**, lo que podría **eliminar** como en la mayoría de los casos, **la multiplicación del virus** y **detener el deterioro de mi sistema inmunológico,** con lo que lograría recuperar mis defensas, disminuir las enfermedades asociadas a la progresión de la enfermedad, disminuir la **necesidad de hospitalización, disminuir** la muerte por SIDA y en caso de estar yo embarazada además **evitaría** contagiar a mi bebé.

TRANSMISIÓN VERTICAL: Me ha explicado que sin tratamiento, **existe un gran riesgo de transmisión del VIH** al bebé **durante el embarazo y el parto**, riesgo que se **duplica** si se mantiene la

lactancia materna, peligro que puede disminuir considerablemente a menos de 2 de cada 100 bebés, con un buen tratamiento.

Me ha detallado que los **métodos más eficientes** en la **prevención** de la **transmisión al bebé** del VIH son: la **detección precoz de infección VIH materna**, el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, la cesárea electiva, la **suspensión de la lactancia materna**, el **uso de antiretrovirales** por la madre durante el embarazo y el parto y el uso de antiretrovirales en el recién nacido.

EPIDEMIOLOGÍA: Me expresó que pese a que la vía más eficiente de transmisión es la endovenosa, la **principal vía de transmisión** a nivel mundial es la **sexual**, con un **aumento** progresivo de la vía **heterosexual,** lo que **explica** el **aumento mujeres contagiadas.** Por esto actualmente el uso **de condón** es la **barrera más efectiva** para **evitar el contagio del VIH,** más la **abstinencia** sexual.

Que en **Chile**, desde que el primer caso de SIDA fue notificado en **1984,** la infección por VIH ha ido en constante aumento. Estimaciones oficiales indican que **2.154 personas contraen anualmente la infección** y **33.314 personas vivirían con VIH**, entre **1984 y 2005 han muerto 5.288 personas a causa del SIDA.** El **65% de los casos se concentran en la Región Metropolitana.**

COMPROMISO DE RETIRO DEL EXÁMEN: Que si mi examen es **reactivo** (Elisa), este se me repetirá y en caso que resulte nuevamente reactivo será **enviado al Instituto de Salud Pública** para **confirmación.**

El Dr.(a) me ha enfatizado que es muy importante que yo **me comprometa** ahora **a retirar el resultado del examen,** en un **plazo máximo de 45 días** en el mismo Banco de Sangre , ya que es **mi responsabilidad.**

CONFIDENCIALIDAD: El Dr. me ha señalado que cuando se me toma la muestra de sangre, este examen **no lleva mi nombre** sino una **clave**, por lo que sólo unas pocas personas autorizadas podrán conocer mi identidad.

Que si estoy de acuerdo con **compartir el resultado** del examen con alguien, esa persona es .....

CONTROL : Si el examen confirma la presencia del VIH y yo pertenezco al Sistema Público de Salud, seré **derivado** a un **Centro de Atención VIH,** para mi adecuada evaluación y tratamiento cuyo objetivo es: **detener la progresión de mi enfermedad por VIH, disminuir mis complicaciones** y la **muerte por SIDA, mejorando mi calidad de vida** mediante el acceso universal y oportuno a mi tratamiento con asociaciones de antiretrovirales, lo que como se me ha informado **constituye una de las prioridades** de nuestro **Ministerio de Salud.**

Que estos Centros de Atención VIH permiten el adecuado cuidado de las **personas que viven con VIH/SIDA** (PVVIH), el resguardo de la **confidencialidad** de su información y el enfoque **multidisciplinario** de su enfermedad, por **profesionales** con **alto nivel de capacitación.**

REVOCACIÓN : Entiendo que éste consentimiento puede **ser revocado** por mí en cualquier momento antes de la realización del examen, sin necesidad de explicación alguna.

El médico que suscribe declara haber **informado y explicado** al paciente sobre su condición de salud y procedimientos necesarios a realizar, formándome la impresión de que el paciente o su representante legal ha **comprendido esta información.**

CONSENTIMIENTO

Fecha.....Hora.....

Yo..... Edad.....
Nombre del paciente o de su representante legal en caso de incompetencia.

Acepto **se me realice el examen de detección del VIH** en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, se me ha entregado información acerca de la enfermedad el procedimiento y los riesgos inherentes, la que he comprendido
tras haber aclarado mis dudas, en entrevista personal, con el

Dr.(a)..... Por lo que he tomado esta **decisión** en forma **libre y voluntaria**

CAUSA DE LA INCOMPETENCIA .....

Yo..... Edad.....
Nombre de su representante legal en caso de incompetencia.

....

Firma y RUN del paciente o representante legal Firma y RUN del médico

DENEGACIÓN

Fecha.....Hora.....

Yo.....Edad..... **Nombre del paciente o de su representante legal en caso de incompetencia.**

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del **examen de detección del VIH** propuesto, información que he comprendido tras haber aclarado mis dudas, en entrevista personal, con el Dr.(a)..... manifiesto en forma libre y voluntaria mi **DENEGACIÓN O RECHAZO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de ésta

CAUSA DE LA INCOMPETENCIA .....

Yo..... Edad.....
Nombre de su representante legal en caso de incompetencia.

....
Firma y RUN del paciente o representante legal Firma y RUN del médico

24.6.8.- Consentimiento Informado para procedimientos de instalación de drenajes percutáneos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE INSTALACIÓN DE DRENAJES PERCUTÁNEOS

Información General
Estimado paciente: la intención de este documento es otorgarle información sobre la indicación de drenaje percutáneo, necesario para el tratamiento de su enfermedad actual. Léalo atentamente, y si es preciso, solicite mayor información para aclarar dudas.

La instalación de drenaje Percutáneo es un procedimiento mínimamente invasivo, de bajo riesgo, alternativo a la cirugía convencional que consiste en la instalación de un catéter guiado por imágenes en colecciones y pacientes que cumplan las indicaciones.

Información sobre el procedimiento
El Dr. (a) me ha explicado que tengo el diagnóstico de .....
Por lo que requiero la realización de un procedimiento intervencionista de:
.....
El que me ha sido propuesto por los médicos de esta institución.

Se me informó que el HUAP cuenta con los **medios técnicos y el personal entrenado** para que este procedimiento se efectúe de acuerdo a las normas de seguridad del propio hospital.

Se me ha explicado que e medico que me lo realizará es un medico radiólogo quien se preocupará de evaluar los exámenes que necesita, lavará sus manos y se colocará guantes estériles, procederá a limpiar con un desinfectante la **zona elegida por él para puncionar**, me administrará en este momento **anestesia local** en el sitio de la punción y luego introducirá en ese lugar un catéter que me ayudará en el drenaje de la colección a tratar.

En algunas ocasiones para realizar este procedimiento se requiere **sedoanalgesia**, que consiste en la administración intravenosa de un fármaco que me ayudará a aliviar la ansiedad, molestias o el dolor que me pueda ocasionar la instalación del catéter, procedimiento que desde ya autorizo, consciente de que la administración de medicamentos también implica riesgos pudiendo, aunque infrecuentemente, causar secuelas graves, permanentes, incluso la muerte.

Se me ha explicado que como en todo procedimiento y, por cusas independiente del actuar de mi médico, se pueden presentar complicaciones, siendo las **complicaciones más frecuentes**: hematomas de la pared (acumulación de aire de sangre), infección del sitio de punción, neumotórax (introducción de aire en la cavidad torácica, colapsando el pulmón), reacción adversa al anestésico local: pudiendo aunque infrecuentemente causar secuelas graves, permanentes, incluso la muerte, punción accidental de estructuras vasculares u otros órganos de la cavidad abdominal o torácica.

Entiendo que los profesionales tratantes tomarán todas las medidas posibles para que no ocurran, pero este hecho no asegura que no se produzcan. Se me ha dicho que en **la práctica de la medicina y cirugía NO se puede asegurar resultados ya que no es una ciencia exacta**, pues existe una morbilidad y mortalidad asociada a cualquier acto médico.

Comprendo que dichas condiciones **pueden requerir tratamientos complementarios**, tanto médicos o incluso intervenciones, que desde ya autorizo para que se me efectúen.

He comunicado al Dr. (a) la **totalidad de mis enfermedades** y los medicamentos que consumo para tratarlas, él me ha explicado los riesgos que enfrento a consecuencia de mi estado de salud y mi edad.

El Dr. me ha informado que este es un hospital **docente**, donde la participación de alumnos, practicantes de las ciencias médicas y médicos en especialización, bajo la tutela de los profesionales docentes de este hospital forman parte del equipo de salud que me tratará.

Entiendo que éste consentimiento **puede ser revocado por mí** en cualquier momento antes de la realización de la intervención o procedimiento quirúrgico, sin necesidad de explicación alguna.

El médico que suscribe declara haber **informado y explicado** al paciente sobre su condición de salud y procedimiento necesario a realizar formándole la impresión de que el paciente o su representante legal **ha comprendido esta información**.

CONSENTIMIENTO

Fecha.....Hora.....

Yo..... Edad.....
Nombre del paciente o de su representante legal en caso de incompetencia.

Acepto y autorizo a los médicos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Dr. Alejandro del Río para realizarme el **procedimiento intervencionista**.

.....

Se me ha informado en detalle la naturaleza y fines de la **intervención** a la que seré sometido, sobre los riesgos inherentes, sus complicaciones, consecuencias, alternativas de tratamiento y medios con que cuenta el hospital para su realización, la que he comprendido tras haber aclarado mis dudas, en entrevista personal con el

Dr.(a).....
Por lo que he tomado esta **decisión** en forma **libre y voluntaria**

CAUSA DE LA INCOMPETENCIA .....

Yo..... Edad.....
Nombre de su representante legal en caso de incompetencia.

....

Firma y RUN del paciente o representante legal Firma y RUN del médico

DENEGACIÓN

Fecha.....Hora.....

Yo.....Edad.....
Nombre del paciente o de su representante legal en caso de incompetencia.

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, información que he comprendido tras haber aclarado mis dudas en entrevista personal, con el

Dr.(a)..... manifiesto en forma libre y voluntaria mi **DENEGACIÓN O RECHAZO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de ésta.
Por lo que he tomado esta **decisión en forma libre y voluntaria.**

CAUSA DE LA INCOMPETENCIA .....

Yo..... Edad.....
Nombre de su representante legal en caso de incompetencia.

....
Firma y RUN del paciente o representante legal Firma y RUN del médico

EMERGENCIA

El **médico** que suscribe declara **NO FUE POSIBLE OBTENER EL CONSENTIMIENTO** del paciente por tratarse de una **EMERGENCIA** con necesidad de intervención inmediata e impostergable por riesgo vital y/o secuela funcional grave.

Fecha.....Hora.....

Diagnóstico.....

Dr.....

.....
Firma y RUN del médico

24.7.- FOLLETO HOSPITALIZACIÓN

Atención Tutores

Acérquese a la **Oficina de Orientación Previsional y Cobranza,** (Of. N°10 Acceso Curicó 345) antes de registrarse como Tutor, portando la cédula de identidad del paciente; se certificará su previsión y le indicaremos la forma de pago si así corresponde. Si no tiene previsión, su caso será enviado a Servicio Social para revisión.

También se le informará acerca de sus derechos y obligaciones en caso de: accidentes de tránsito, laborales, de trayecto y/o escolares. Lunes a jueves de 08.30 a 17.00 hrs. Viernes de 08.30 a 16.30 hrs.

Esta Unidad le entregará el pase para la licencia médica. Se le recuerda que debe presentarla al empleador dentro de 48 hrs. en el sector privado y 72 hrs. en el sector público.

Es muy importante que la solicite al día hábil inmediatamente posterior a la hospitalización en la **Oficina N° 7**, de 08.30 a 15.00 de lunes a viernes, la cual será entregada al día siguiente en el mismo horario.

DAMAS DE ROJO

Harán llegar los artículos de aseo, cartas y recados. Deben venir marcados con el nombre del paciente y la cama en que se encuentra. De Lunes a sábado de 08.30 a 12.45 y de 13.00 a 17.00 hrs. Domingo de 09.00 a 13.00 hrs. Teléfono 5681281

INVENTARIO

Retire las pertenencias del paciente dentro de las 24 hrs. luego de la hospitalización en Inventario.

De lunes a jueves de 08.00 a 17.00 hrs. y viernes de 08.00 a 16.00 en Planta Baja.

UTILES DE ASEO PERSONAL

Los útiles de aseo, jabón, cepillo de dientes, pasta de dientes, peineta, colonia, etc. serán solicitados cuando el paciente se ubique en el servicio correspondiente y NO en el servicio de Urgencia.

Evita dejar objetos de valor como celulares, lentes, audífonos y prótesis dentales.

www.huap.cl

Oficina de Informaciones, Reclamos y sugerencias (O.I.R.S.)
Atención de 08.00 a 18.00 hrs.:
5681386-5681387
Atención de 20.00 a 08.00 hrs. :
5681286

Informativo Hospitalización

Confíe en nosotros... El Hospital de Urgencia Asistencia Pública, es especialista en la atención de pacientes con patología médico quirúrgica de urgencia.

Hospital de Urgencia Asistencia Pública
Dr. Alejandro del Río

Si su paciente fue hospitalizado, revise cuidadosamente esta

SISTEMA DE VISITAS

Visita General

Cada paciente tiene asignado un pase de visita intercambiable entre quienes lo visitan. Debe retirarlo 15 minutos antes de la visita en el acceso Curicó.

Colabore en la recuperación del paciente, él necesita tranquilidad, recomendamos la visita de familiares directos o personas significativas.

Visita Tutor

El paciente y su familia, deberán acordar quien será el tutor o responsable de acompañar al paciente.

¿Qué características debe tener el tutor?

- Conoce los antecedentes médicos del paciente, medicamentos que consume, enfermedades preexistentes, hábitos, etc.

- Dispone de tiempo para acompañarlo.

- Está dispuesto a colaborar con el personal.

EL TUTOR TIENE LA POSIBILIDAD DE VISITAR AL PACIENTE, CUANDO PUEDA DURANTE EL HORARIO PERMITIDO. NO ES OBLIGATORIO PERMANECER TODO EL TIEMPO EN EL PISO.

ALIMENTACIÓN ASISTIDA

Los pacientes que requieren asistencia para alimentarse, estarán en un registro especial, su tutor o cercano tendrá acceso excepcional al horario de la cena. Previa confirmación con el personal de seguridad.

Horario de Visita

Pacientes Hospitalizados

Servicio	Visita General	Visita Tutor	Información
Urgencia	12.00 a 13.00 hrs.	_____	12.00 a 12.30 hrs.
Quemados 2º Piso, Sector C	15.30 a 16.00 hrs.	_____	16.00 a 16.30
Medico Quirúrgico Indiferenciado, Sector A 2º Piso	12.00 a 12.30 hrs. (Una persona No intercambiable)	_____	12.00 a 12.30 hrs.
Medico Quirúrgico Indiferenciado, Sector C, 2º Piso	17.00 a 18.00 hrs.	12.00 a 17.00 hrs.	12.00 a 12.30 hrs.
Cirugía 4º Piso	17.00 a 18.00 hrs.	12.00 a 17.00 hrs.	12.00 a 12.30 hrs.
Traumatología 4º Piso	17.00 a 18.00 hrs.	12.00 a 17.00 hrs.	12.00 a 12.30 hrs.
Unidad de Pacientes Críticos, 5º Piso	12.30 a 13.00 y 17.30 a 18.00 hrs.	_____	12.00 a 12.30 hrs.
Medicina	16.00 a 17.00 hrs.	12.30 a 14.30 hrs.	12.30 a 13.00 hrs.

Cuando visite al paciente recuerde...

- No revise heridas, vendajes y documentos clínicos. Lave sus manos antes y después de visitarlo.

- No traiga alimentos, bebidas, medicamentos u otros objetos de valor como celulares, radios o dinero.

- No coma delante del paciente, ni se siente en su cama.

- Evite temas de conversación desagradables.

Deberes

- Acompañar al paciente, alentarlo y distraerlo.

- Colaborar con lo que el personal de salud le solicite.

- Aprender los procedimientos que se le indican para continuar los cuidados al alta.

- Coordinar las visitas permitidas por el servicio, en orden y tranquilidad.

- Transmitir la información médica al resto de los familiares.

- Portar el brazalete de tutor.

Derechos

- Podrá visitar al paciente durante el tiempo permitido.

- Acceder a la información médica en los horarios dispuestos.

- Conocer el estado, evolución y procedimientos realizados al paciente, con el fin de continuar los cuidados al alta y evitar recaídas.

¿Cómo puede ser tutor?

- Con su cédula de identidad acérquese al modulo de O.I.R.S. sector Curicó, para registrarse.

- Indique el nombre del paciente y su parentesco o relación con él.

- Revise y firme la declaración de responsabilidad donde se compromete como tutor.

- Reciba en su muñeca derecha el brazalete de identificación de tutores que deberá mostrar en cada acceso.

- Recuerde que el brazalete no es intercambiable

BANCO DE SANGRE

Todo paciente hospitalizado hace valer una donación de sangre.

Infórmese sobre los requisitos al 5881377

24.8.- TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA

Sala: _____ Cama: _____

Paciente: _____

Tutor: _____

24.9.- CARATULA FICHA CLINICA

FICHA : 154.875
Nº Cuenta: 212565
RUN :
Nombres :
Apellidos :

HOSPITAL DE URGENCIA
ASISTENCIA PUBLICA
Dr. ALEJANDRO del RÍO

FICHA CLINICA

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PUBLICA

Fecha de Ingreso _____ Fecha Alta _____

Destino: Casa ☐ Derivacion ☐ Establecimiento _____ Fallece ☐

La Dirección del HUAP recuerda que:

1.- La ficha clínica es un documento no sólo necesario sino obligatorio para cada paciente hospitalizado en virtud de lo señalado en el Decreto N° 161 de 1982 del MINSAL.

2.- Como su objetivo principal es entregar información a diferentes personas sobre el estado y evolución de un enfermo, en ella deben registrarse en forma legible y clara, todos los hechos relacionados con la enfermedad y evolución del paciente.

Esto incluye: ingreso, con anamnesis y examen físico completo y registro de fecha y hora en que se hicieron, evolución con la frecuencia que el estado del paciente aconseje, pero a lo menos diaria, protocolos de procedimientos especiales, exámenes de laboratorio y epicrisis. En todos estos casos, debe quedar registrada, fecha y hora de la evolución o procedimiento y nombre de quien lo efectuó.

3.- La ficha clínica debe registrar todo lo que se haga a un paciente, lo que no figure ahí se supone no realizado. En este documento no tienen cabida "mensajes" entre profesionales, comentarios descalificatorios ni observaciones que no estén relacionadas directamente con la evolución del paciente o con hechos que la influyen.

Recordar siempre que se trata de un documento que tiene relevante importancia en el ámbito médico legal.

LA DIRECCION

En caso necesario, comunicarse con .....

quien es ..... del paciente, al teléfono .....

Se llamó al teléfono ..... a las ..... hrs. del ..... nombre .....

Se llamó al teléfono ..... a las ..... hrs. del ..... nombre .....

Se llamó al teléfono ..... a las ..... hrs. del ..... nombre .....

Ficha Baja: ..... Fecha: ..... Hora: .....

24.10.- REGISTRO DE INGRESO MÉDICO

SERVICIO DE SALUD
SERVICIO SALUD METROPOLITANO CENTRAL
HOSPITAL DE URGENCIA
ASISTENCIA PUBLICA
"Dr. Alejandro del Río"

HISTORIA CLINICA

N° _____

FECHA _____ HORA _____ MEDICO DE TURNO _____

NOMBRE _____

EDAD _____ AÑOS _____ EST. CIVIL _____ OCUPACION _____ PREV. _____

DOMICILIO _____

I. ANAMNESIS ACTUAL

II. ANAMNESIS REMOTA PERSONAL

a) Antecedentes quirúrgicos

b) Antecedentes médicos

c) Antecedentes ginecoobstétricos

III. EXAMEN FISICO GENERAL

Talla _____ Peso actual _____ T° _____

Observación _____ Estado de Conciencia _____

IV. EXAMEN FISICO SEGMENTARIO:

Cabeza: _____

Cuello: _____

Tórax: _____

Abdomen: _____

Genitales: _____

Columna y extremidades: _____

V. DIAGNOSTICOS DE INGRESO:

a) Principales: _____

b) Secundarios: _____

VI. INDICACIONES:

a) Exámenes: _____

b) Procedimientos: _____

c) Sector de destino: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

24.11.- REGISTRO PROTOCOLO OPERATORIO

H. U. A.
Pabellones Qx

PACIENTE : DAVID JONATHAN MARTINEZ ROJAS Edad : 29 a

Ficha N°: 158477 Fecha : 30 Mar 2011 Hora : 11:15 Duracion : 0

Diag. Operatorio :
FRACTURA EXPUESTA ANTEBRAZO DERECHA ANTIGUA, OSTEMADA
INFECCIÓN HERIDA OPERATORIA
Intervencion :
ASEO QUIRÚRGIC

Cirujano : Ana

Ayudante 1° : Arsenalera :

Ayudante 2° : Pabellonera :

Anestesista : CHACON A. RENATO OSC Agu. Anestes : MOLINA C. PAMELA DE

Antibiotico : Cefazolina Esp. : Traumatologia Turno : Serv. Traumat

Protocolo Operatorio Quirurgico

Se identifica paciente y lado a operar. Aseo prequirúrgico con clorhexidina jabonosa, antisepsia con clorhex, instalación de campo quirúrgico estéril.
Se observa herida de sitio de exposición abierta, con bordes necróticos, sin sutura.Herida quirúrgica sobre cúbito con grapas, que se retiran. Abordaje a través de herida anterior, evidenciándose contiguidad de foco de exposición con material de ots subyacente. Liberación amplia. Aseo prolijo con clorhexidina jabonosay SF (5 lt) hasta obtener liquido claro.
Curetaje de bordes de herida y de foco de fractura; se retira desde el foco fragmentos morcelizados de hueso cortical (descrito en protocolo anterior)desvitalizados. Toma de cultivos postaseo(2). Cierre en un plano con nylon 1 puntos separados. Se regulariza herida de foco de exposición, y se sutura con puntos separados. Aseo. Cobertura con gasas parafinadas, gasa y apósito estéril. Sin incidentes.

24.12.- PROTOCOLO DE ANESTESIA

EVALUACION ANESTESICA PRE OPERATORIA

Nº FICHA
FECHA
HORA

I. IDENTIFICACION

NOMBRE _____ SEXO (M) (F) EDAD

DIAGNOSTICO: _____

HECHO IMPORTANTE:

II. CONDICIONES GENERALES

PESO		TALLA		VENAS	(B) (R) (M)	Tº	
F.C.		F.R.		NUTRICION	(B) (R) (M)	ALT. CONC.	(Si) (No)
P.ART.		P.V.C.		HIDRAT.	(B) (R) (M)	ACC. TRANS.	(Si) (No)
S. VESIC.	(Si) (No)	S.N.G.	(Si) (No)	COND. INTUS.	(B) (R) (M)	HRS. AYUNO	

III. ANTECEDENTES

A) Si No	RESPIRATORIOS	C) Si No	CARDIOVASCULAR	E) Si No	RENAL Y GENITO-UR.
1	Cigarrillo	1	Coronario	1	Nefropatía
2	Tos	2	Arritmias	2	Obstructivo
3	Espect.	3	Valvular	3	Infección
4	E. Obstructiva	4	Hipertrofia		
5	E. Restrictiva	5	H.T.A.	F) Si No	ANTEC. QUIRURG.
6	Disnea	6	Venosa	1	Intervenciones
7	T.B.C.	7	Dislipidia	2	Problemas Anest.
8	Inf. Resp. Ag.				

B) Si No	METAB y GRALES.	D) Si No	NEURO-PSIQ.	G)	ANTEC. GINECOOBST.
1	Diabetes	1	Neurosis	1 (G)	2 (P) 3 (A)
2	Ictericia	2	Psicosis		
3	Medicamentos	3	Epilepsia	4 (Si) (No)	ALT. MENST.
4	Alergias	4	Alcohol		
5	Ref. G.E.	5	A.V.E.	5 F.U.R.	
6	Obesidad	6	Cefalea		
7	Ulcus G.D.	7	Oligofrenia	H) Si No	ANTEC. FAM.
8	Tiroides	8	A.T.E.		
9	Edemas	9	Periféricos		
0	Baja Peso	0	Hipoac. Ceguera o Mud.		

8 ANTEC. DENTALES

IV. EXAMENES

Hto. _____
Bcos. _____
Plaq. _____
G. _____
N.U.E. _____
Na+ / K+ _____
HCO3 _____
pCO2 _____
pO2 _____
pH _____
BE _____
Bilirub. T. _____
Transamis. _____
Protrombi. _____
Proteínas _____
EGG _____
RX Tórax _____
ZFR _____
OTROS _____

V. INMEDIATOS

Si No		Si No		Si No	
1	Infarto < 6 m.	1	Tt. Anticoag.	1	I. Renal
2	Alta < 1 m.	2	Con H.A.P.	2	I. Cardiaca
3	TEC < 1 d.	3	Con Antibióticos	3	I. Respiratoria
4	Fract. < 1 m.	4	Prótesis dental u otra	4	I. Hepática
5	Neumonía < 3 m.	5	Transfusión	5	I. Vascular
6	Ingest. Alcohol	6	Drogas de apoyo	6	Shock
7	Riesgo SIDA	7	Tt. nec. hosp.	7	Coma
8	Drogadicción	8	Diarrea o vómito	8	C.I.D.
9	Puerperio	9	Mancapazo	9	Politraumat.
0	Embarazo Nº sem.	0	En Verk. Mec.	0	Col. Vert. Inest.

GRUPO DE SANGRE: (AB I) (A II) (B III) (O IV)

(+) Rh (-)

ASA: (I) (II) (III) (IV) (V) (X)

VI. OBSERVACIONES _____

NOMBRE ANESTESISTA: FIRMA:

PROTOCOLO ANESTESICO

Fecha: ____ / ____ / ____

Anestesiólogo: A/B _____ Cirujano: A/B _____

Operación Realizada _____

Posición _____ Premedicación _____

DROGAS

FLUIDOS

AGENTES INHALATORIOS

HORAS 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45

260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

Pulso ● 200

Fr. Art. V A 160

Anest. CP ⊕ ⊕ 140

Supina

prono

Litotomía

Mesaje

Lateral

Temp. °C

Sat. O_2%

El CO_2

Diuresis

TOTALES

30 45 15 30 45

Balance Hídrico A / B

INGRESOS

TOTAL

EGRESOS

TOTAL

BALANCE NETO

Vías Venosas

Periféricas

Centrales

Evaluación Post-Anestesia

Función Circulatoria

Función Respiratoria

Actividad Motora

Grado de Conciencia

Coloración de la piel

Score Total

Grado Bloqueo Motor

I II III IV

Apoyo Drogas

P. Art.

Pulso

PVC

Intubado SI No

Destino

CHEQUEO SI SI SI

Máquina Aspiración Esparcimiento

Red / Gases Alarmas Filtraciones

Laringoscopio Tubo E.T. Cal. Soldado

VIA AEREA

Mascarilla Int. O.T. Int. N.T.

Tubo N° CUR Pack

VENTILACION FR VC

Mecánica Manual Alarmas

Asistida Controlada Espontánea

Comentarios

MONITOREO

ECG S.N.P. Temp.

Ox. Pulso Bromuro P.V.C.

Ox. Línea Capnógrafo F. Endógeno

P. A. Manual P.A. Auto P.A. Directo

Sist. - Present

Tubo Aleo Cálculo Anterior N°

A. REGIONAL

Subaracnoidea Droga

Peridural Simple Dosis Total

Peridural Continua Tropar / Cirrar

Plexo Braquial Vasoconstrictor

Regional E.V. Posición

Bloqueo Periférico Nivel Anestésico

Posición

Comentarios

COMPLICACIONES

Hipertensión Alergia

Hipotensión Broncoespasmo

Shock Hipoxemia

Apnea Neumotórax

Arritmia Vómito

Broncoespasmo Edema Pulmonar

Laringoespasmo

Cianosis

Apnea

Comentarios

FECHA

HORA ING.

EVALUACION POST ANESTESICA

PARAMETRO	PTOS.	CRITERIO CLINICO	0'	30'	60'	90'	120'	150'	180'
FUNCION CIRCULATORIA	2	PR. ART. SIST. > 100 mm. Hg.							
	1	PR. ART. SIST. > 80 y < 100 mm. Hg.							
	0	PR. ART. SIST. < 80 mm. Hg.							
FUNCION RESPIRATORIA	2	FREC. RESPIRATORIA > 12 o < 28 X'							
	1	FREC. RESPIRATORIA > 28 o < de 12 X'							
	0	FREC. RESPIRATORIA < 8 o > de 28 X'							
ACTIVIDAD MOTORA	2	MOVILIZA SUS 4 EXTREMIDADES							
	1	MOVILIZA 2 EXTREMIDADES							
	0	NO MOVILIZA EXTREMIDADES							
GRADO DE CONCIENCIA	2	DICE SU NOMBRE Y UBIC. T Y ESPACIO							
	1	SOLO DICE SU NOMBRE							
	0	NO RESPONDE							
COLORACION DE LA PIEL	2	PIEL ROSADA							
	1	GRIS PALIDA							
	0	CIANOSIS							
TOTAL									

EVALUACION GRADO DE BLOQUEO MOTOR EXT. INFERIORES			0'	30'	60'	90'	120'	150'	180'
I	100%	NO MUEVE PIES NI PIERNAS							
II	66%	MOV. PARCIAL DE PIES NO MOV. RODILLAS							
III	33%	MOV. PARCIAL DE RODILLAS MUEVE PIES							
IV	0%	MUEVE RODILLAS Y PIES							

TEMPERATURA

OBSERVACIONES

DESTINO

HR. DE EGRESO

NOMBRE ANESTESISTA

FIRMA

24.13 REGISTRO DE EVOLUCIÓN DIARIA PACIENTE HOSPITALIZADO

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL
HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PUBLICA
"DR ALEJANDRO DEL RIO"

N° _____

EVOLUCION

Nombre.....Ficha.....Servicio.....

Fecha

24.14.- EPICRISIS MÉDICA

Servicio de Salud Metropolitano Central
Hospital de Urgencia Asistencia Pública
"Dr. Alejandro del Río"

EPICRISIS

I.- Datos generales : Ficha Clínica_____ Previsión _____

Nombre _____ Edad _____

Fecha ingreso_____ Fecha y hora estabilización cuadro clínico ingreso _____ Fecha egreso _____
(Normalización de las funciones vitales)

II. Destino Domicilio Hospital Autopsia IML
III.- Evolución Buena Complicada Fallece

IV - Diagnóstico de Egreso :
1.- _____
2.- _____
3.- _____
4.- _____

V Fundamentos del Diagnóstico : (Para resumen de hospitalización ver al reverso)
_____
_____
_____
_____

VI Tratamiento (médico y/o quirúrgico) :
_____
_____
_____

VII.- Complicaciones (detalle) : _____
_____
_____

VIII.- Implantes quirúrgicos (especificar tipo y marca del material) :
_____
_____

IX .- Controles indicados : No ☐ Si ☐ Fecha primer control _____
Lugar : En HUAP ☐ en Consultorio ☐ Particular ☐

X .- Infecciones Intrahospitalarias : Si ☐ No ☐
Area anatómica : _____
Agente causal : _____

XI .-Resumen de hosp talización :

XII .- Observaciones :

24.15.- REGISTRO DE INTERCONSULTAS

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SALUD METROP. CENTRAL
HOSPITAL DE URGENCIA
ASISTENCIA PUBLICA
Dr. Eduardo del Río

Pag. Nº _____

Ficha Clínica Nº _____

HOJA DE INTERCONSULTA

Nombre _____ Edad _____

Enviada del Servicio de _____

Al Servicio de _____

DIAGNOSTICO CLINICO _____

PRINCIPAL SINTOMATOLOGIA _____

SE DESEA SABER _____

_____ de _____ de _____

INFORME

RESULTADO DEL EXAMEN _____

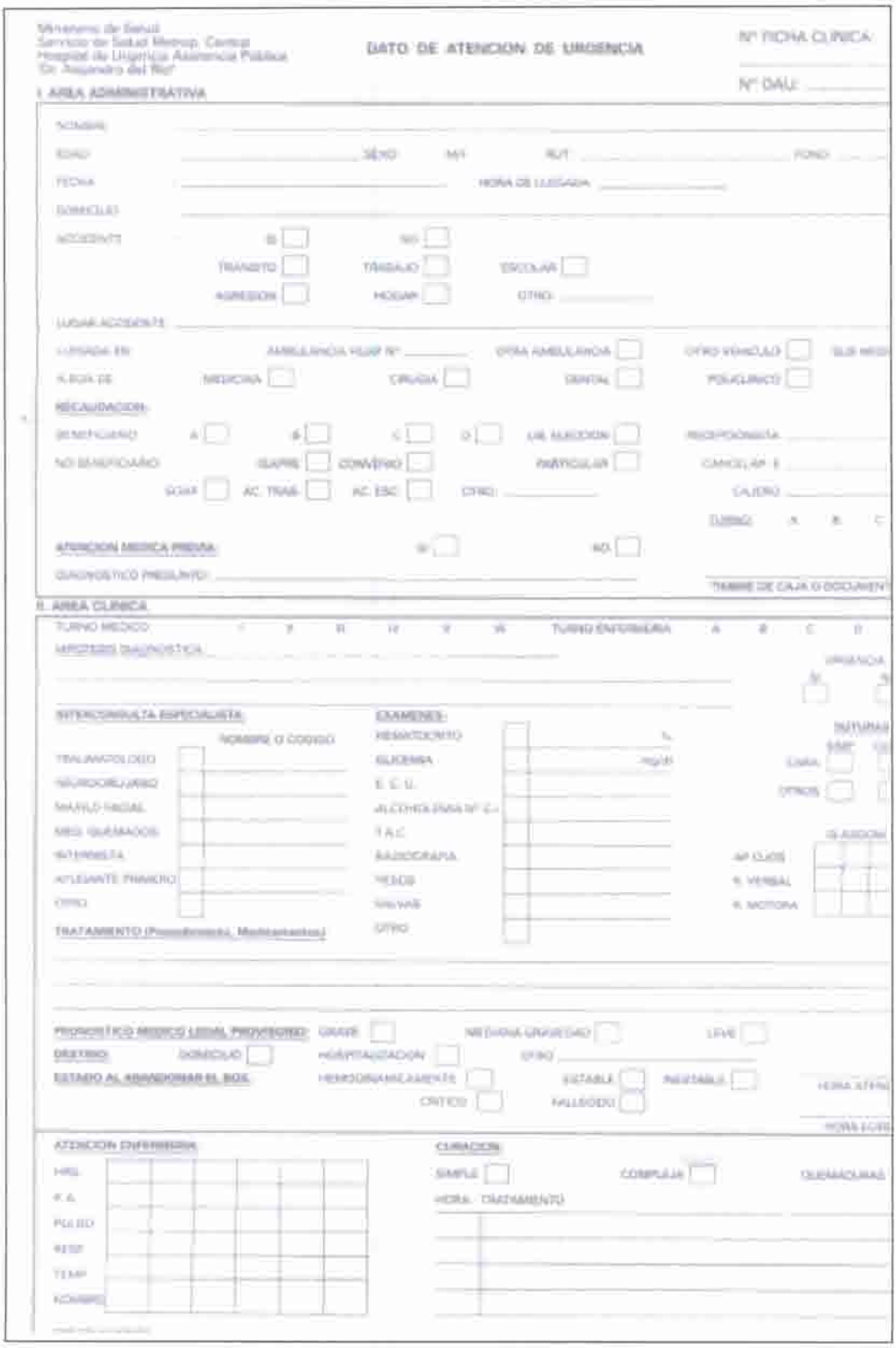
DIAGNOSTICO CLINICO _____

TRATAMIENTO _____

_____ de _____ de _____

_____
Firma y Nombre del Médico

24.16.- DATO DE ATENCIÓN DE URGENCIA



Ministerio de Salud
Servicio de Salud Metrop. Central
Hospital de Urgencia Asistencia Pública
"Dr. Alejandro del Río"

DATO DE ATENCION DE URGENCIA

Nº FICHA CLINICA

Nº DAU

I. AREA ADMINISTRATIVA

NOMBRE

EDAD SEXO M/F RUT FONO

FECHA HORA DE LLEGADA

DOMICILIO

ACCIDENTE SI NO

TRANSITO TRABAJO ESCOLAR

AGRESION HOGAR OTRO

LUGAR ACCIDENTE

LLEGADA EN AMBULANCIA HGAP Nº OTRA AMBULANCIA OTRO VEHICULO SUB MED

ALTA DE MEDICINA CIRUGIA DENTAL POLICLINICO

RECAUDACION

BENEFICIARIO A B C D LIB. ELECCION RECEPCIONISTA

NO BENEFICIARIO ISAPRE CONVENIO PARTICULAR CANCELAR $

SOAP AC. TRAB AC. ESC OTRO CAJERO

TURNO A B C

ATENCION MEDICA PREVIA SI NO

DIAGNOSTICO PREGUNTO

TIMBRE DE CAJA O DOCUMENTO

II. AREA CLINICA

TURNO MEDICO 1 2 3 4 5 6 TURNO ENFERMERIA A B C D

HIPOTESIS DIAGNOSTICA

URGENCIA SI NO

INTERCONSULTA ESPECIALISTA

NOMBRE O CODIGO

TRAUMATOLOGO

NEUROCIRUJANO

MAXILO FACIAL

MED. QUEMADOS

INTERNISTA

ATTENDANTE PRIMERO

OTRO

EXAMENES

HEMATOCRITO

GLICEMIA

E. E. U.

ALCOHOLEMIA Nº C.I.

T.A.C.

RADIOGRAFIA

MEDICO

SALIVAS

OTRO

INTERNAR

SIMC CIR

CAMA

OTROS

GLASGOW

AP CLOS

R. VERBAL

R. MOTORA

TRATAMIENTO (Farmacológico, Medicamentoso)

PRONOSTICO MEDICO LEGAL PROVISORIO GRAVE MEDIANA GRAVEDAD LEVE

DESTINO DOMICILIO HOSPITALIZACION OTRO

ESTADO AL ABANDONAR EL BOX HEMODINAMICAMENTE ESTABLE INESTABLE

CRITICO FALLECIDO

HORA ATENC

HORA EGR

ATENCION ENFERMERIA

HRS.

F. A.

PULSO

RESP

TEMP

NOMBRE

CURACION

SIMPLE COMPLEJA QUEMADURAS

HORA TRATAMIENTO

24.17. REGISTRO ATENCIÓN PACIENTE NO CRÍTICO

Hospital de Urgencia Asistencia Pública

HOJA DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE NO CRÍTICO

Fecha	
Sala/ cama	
N°Ficha	
Días Hosp.	
Días ATB	

Nombre:_____ Edad:_____
Alergias:_____ Categorización:_____ Unidad:_____
Médico: _____ Enfermera D:_____ TPM D:_____
Enfermera N:_____ TPM N:_____

INDICACIONES MÉDICAS	HORARIO
Reposo:	
Régimen:	
Tratamiento:	

Riesgo ETE:	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto

Exámenes solicitados:

Interconsultas a:

CONTROL HEMOGLUCOTEST (HGT)							
Hora:							
HGT:							
Insulina/glucosa:							
Vía:							
Dosis:							
S.Punción:							

Pendientes:

Proc.Invasivos	TET	TQT	CVC	CVC	VVP	VVP	CUP	SNG	SNY	GST	OTRO
Día/calibre											

CONTROL DE SIGNOS VITALES											
Hora											
FC											
P/A											
PAM											
PVC											
FR											
T°											
Sat. O2											
EVA											
Glasgow											

Riesgo de Caídas(Downton)	Riesgo UPP(Braden)	Clasificación de heridas/ulceras:						
Baja	Alto riesgo	Pie diabético	0	1	2	3	4	5
Media	Moderado riesgo	Heridas/ulcera	1	2	3	4		
Alta	Bajo Riesgo	Quemaduras:	A		AB		B	
Próxima evaluación:	Próxima evaluación:	Próxima evaluación:						

CURACIONES:	1			2				
Tipo: limpia	1	2	Exudado Cantidad	Escaso	1	2	Piel Circundante	1
irrigada	1	2		Moderado	1	2		2
Herida: limpia	1	2		Abundante	1	2	Solución	1
Contaminada	1	2	Calidad	Seroso	1	2		2
Signos de infección	Si	No		Serohemático	1	2	Tejido: Necrótico	1 2
Toma de cultivo	Si	No		Hemático	1	2	Esfacelo	1 2
Retiro de drenaje	Si	No		Purulento	1	2	Granulatorio	1 2

Observaciones 1:
2:

Egresos:									
Diuresis									
Dep.									
Vómitos									
SNG									
Otros									

Balance Hídrico				PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA		
Ingresos	8 – 20	20 – 8	Total 24h	Nec. Humanas	Intervenciones	Horarios
VO				Oxigenación, Respiración y Termorregulación	CBV	
Medic					Asp. secreciones	
Suero					Ej.respiratorios	
Suero						
Analgesia				Nutrición e Hidratación	VO autov. / depen.	
Transfusión					SNG/GMY	
NPT						
N. Enteral					N.Parenteral	
otro						
Total				Higiene y Vestuario	Baño cama/ducha	
Egresos	8 – 20	20 – 8	Total 24h		Aseo genital	
Diuresis					Aseo cavidades	
Deposiz					Lavado de cabello	
Vómito					Cambio de ropa	
SNG				Movilidad	Cambios de posición	
Drenaje 1					Ejercicios	
Drenaje 2					Colchón antiescaras	
otro				Seguridad y Aprendizaje	Contención /tipo	
Total					Barandas	
Balance 24h					Contención Emocional	
					Educación en:	

8 – 20	Evolución Enfermería	20 – 8
Estado General:		Estado General:
Hemodinamia:		Hemodinamia:
Piel y mucosas:		Piel y mucosas:
Cabeza - cuello:		Cabeza - cuello:
Tórax:		Tórax:
Abdomen:		Abdomen:
Dorso:		Dorso:
EEES:		EEES:
EEI:		EEI:
Genitourinario:		Genitourinario:

24.18.- REGISTRO ATENCIÓN PACIENTE CRÍTICO

HOJA DE REGISTRO DE UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO

HOSPITAL DE URGENCIA
ASISTENCIA PUBLICA

		FECHA	FICHA
		SALA	CAMA
		CATEGORIZACIÓN	
AISLAMIENTO		DIAS DE HOSPITALIZACIÓN	
		BRAZALETE	

NOMBRE EDAD

DIAGNOSTICO MÉDICO 1. 2.

3. 4.

PESO TALLA ALERGIAS

GRUPO Y RH

Riesgo ETE paciente Qx	BAJO		MODERADO		ALTO		MUY ALTO

RIESGO DE CAIDAS DOWNTON		RIESGO UPP BRADEN		CLASIFICACIÓN HERIDAS S/ ULCERAS						
BAJA		ALTO RIESGO		PIE DIABETICO	0	1	2	3	4	5
MEDIA		MODERADO RIESGO		HERIDA S/ ULCERAS	1	2	3	4		
ALTA		BAJO RIESGO		QUEMADURAS	A		AB		B	

INDICACIONES MEDICAS

REPOSO				CABECERA							
CONTENCIÓN	F	M	SNG		SNYY		CUP		VVP		LA
NUTRICION	ENTERAL		PARENTERAL		VOLUMEN					ORAL	

TRATAMIENTO	HORARIO

NOMBRE /FIRMA DEL MEDICO

PROCEDIMIENTO INVASIVO	TOT/Diametro	/ / /	C.Flow/Localización			SNG/SNY
	VMN/VMNI	/ / /	SMPT		S.Gomez	CUP
	CVC localización	/ / /	VVP		VVP	Cag/PIC
	Drenaje		Drenaje		Drenaje	

CULTIVOS	FECHA	RESULTADO	CULTIVO	FECHA	RESULTADO

INSULINOTERAPIA						HORA	EXAMENES DE SANGRE				
HORA							GSA		OTROS		
HGT							ELP				
INSULINA UI							BUN		CREA		UREMIA
VIA							HMA				
IC o PROCEDIMIENTO							TP			CK	
							INR			CKmb	
							PI			Troponina	
							TTPK			Sed. Urin	

ENFERMERIA/O	
TENS	
TENS	

EXAMEN FÍSICO

CONCIENCIA	ORIEN		DESOR		T		E	
	DAS		DVP		OTRO			
PUPILAS	ISOC		ANISOC		OD		OI	
	RFM		OTRO					
PIEL Y MUCOSAS	SECA		HIDRAT		EDEMA			
	COLOR	R	PI	C	L			
	FRIA		TIBIA		CALIENTE			
CABEZA Y CUELLO	NORM		HUNDI		HDA.OP.			
	LOCALIZAC							
TORAX	ARM		ABM		D°		I°	
	SB		CARACT					
	CANT	A	R	B				
	DREN							
	DREN							
ABDOMEN	FORMA	G	P	E	PERCUSION	T		M
	PALPACION					RHA		
	TECOP.				DREN			
	DREN							
	DORSO							
DISTALES	SEXO	F	M	LESION				
	EDEMA		SEOR.					

EXTREMIDADES

MOVILIDAD	N		PRS		PLJ		LMT	
PULSOS								
EDEMA				FOVEA				
LESION								
OTROS								
OTROS								

OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

CONTROLES SIGNOS VITALES DEL DIA 08:00 A 20:00

HORA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
PULSO													
Pª ARTERIAL													
Pª MEDIA													
PVC													
T° T° central													
FR													
SAT O2													

CONTROL PARAMETROS DE VENTILACION

MODO													
Vol./ Pª pvg.													
V.C. esp.													
PEEP/PPS													
PMax /Plateau													
FRP/FRE													
FIO2													
PCuff													
IPAP/EPAP													
Rev. Alarmas													
ENTERAL													
PARENTERAL													
AGUA													
EGRESOS: DIURESIS													
EGRESOS: INGIVOMITO													
EGRESOS: DEPOSICIONES													
BALANCE													

CURACION	1.					2.
TIPO	LIMPIA	1	2	3	EXUDADO CANTIDAD	ESCASO
	CONTAMINADA	1	2	3		MODERADO
						ABUNDANTE
HERIDA	LIMPIA	1	2	3	CALIDAD DE EXUDADO	SEROSO
	CONTAMINADA	1	2	3		SEROHEMATICO
SIGNOS DE INFECCION	SI	1	2	3		HEMATICO
	NO	1	2	3		PURULENTO
TOMA DE CULTIVO	SI	1	2	3	RETIRO DE DRENAJE	SI
	NO	1	2	3		NO

QUEMADOS: Día de Qx: / / Próxima revision: / /

% de IDE o HTI: % Zona Cruenta:

Zona dadora y E°: Fecha de Halo Injerto: /

Tipo de Escara

CONTROLES SIGNOS VITALES DEL DÍA 20:00 A 08:00												
21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	
CONTROL PARAMETROS VENTILACION												

ENFERMERA/O	
TENS	
TENS	

EXAMEN FISICO

CONCIENCIA	ORIEN		DESOR		T		E
	SAG		EVP		OTRO		
PUPILAS	ISOC		ANISOC		OD		OI
	RFM		OTRO				
PIEL Y MUCOSAS	SECA		HIDRAT		EDEMA		
	COLOR	R P I C L					
	FRIA		TIBIA		CALIENTE		
CABEZA Y CUELLO	NORM		HUNDI		HDA OP		
	LOCALIZAC						
TORAX	SIM		ASIM		OP		I°
	SS		CARACT				
	CANT	A	N	E			
	DREN						
	DREN						
	H.OP						
	FORMA	G P E	PERCUSION	T	M		
ABDOMEN	PALPACION			BHA			
	H.OP		DREN				
	DREN						
	DORSO						
GENITALES	SEXO	F M	LESION				
	EDEMA		SECR				
IDADES		PRS		PLJ		LMT	
MOVILIDAD	N						
PULSOS			FOVEA				
EDEMA							
LESION							
OTROS							
OTROS							

OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

3.

1	2	3	PIEL CIRCUNDANTE		1.
1	2	3			2.
1	2	3			3.
1	2	3	SOLUCION		1.
1	2	3			2.
1	2	3			3.
1	2	3	TEJIDO	NECROTICO	1.
1	2	3		ESFACELADO	2.
1	2	3		GRANULATORIO	

OBSERVACION / APOSITO UTILIZADO

1.-
2.-
3.-

NECESIDAD DE HENDERSON	ETIQUETA DIAGNOSTICA		INTERVENCION	
OXIGENACIÓN	DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO		GESTION DE LA VIA AEREA	
	LIMPIEZA INEFICAZ DE LA VIA AÉREA		ASPIRACION DE VIA AEREA	
	PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ		GESTION VIA AEREA ARTIFICIAL	
	ICULTAD PARA MANTENER VENTILACION ESPONTANE		DESTETE EXTUBACION DE VM	
	SPUESTA DISFUNCIONAL AL DESTETE DEL RESPIRADI		OXIGENOTERAPIA	
NUTRICION E HIDRATACION	EXCESO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS		GESTION DE LIQUIDOS	
	DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS		MONITORIZACION DE LIQUIDOS	
	RIESGO DE DEFICIT DE VOLUMENES DE LIQUIDOS		GESTION TERAPIA INTRAVENOSA	
	DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE ALIMENTACION		GESTION NUTRIPE	
ELIMINACION	ESTREÑIMIENTO		GESTION DEL ESTREÑIMIENTO	
	DIARREA		GESTION ELIMINACION INTESTINAL	
	DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE ELIMINACION		CUIDADOS DE OSTOMIAS	
	ALTERACION DE LA ELIMINACION URINARIA		UIDADOS INCONTINENCIA URINARI	
	RETENCION URINARIA		CUIDADOS RETENCION URINARIA	
ERMORREGULACION	HIPOTERMIA		GESTION DE LA FIEBRE	
	HIPERTERMIA		GESTION DE LA HIPOTERMIA	
DESCANSO Y SUEÑO	DOLOR		GESTION DEL DOLOR	
	ALTERACION DEL PATRON DEL SUEÑO		GESTION DEL ENTORNO	
EVITAR PELIGROS	RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA		CUIDADO DEL REPOSO EN CAMA	
	RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS		CAMBIOS DE POSICION	
PROTECCION DE LA PIEL E HIGIENE	RIESGO DE LESION		POSICION PTE. NEUROLOGICO	
	ALTERACION DE LA INTEGRIDAD TISULAR		GESTION DEL ENTORNO SEGURIDA	
	DEFICIT AUTOCUIDADO E HIGIENE		GESTION DE LA HIGIENE	
OVERSE Y MANTENE BUENA POSTURA	TRASTORNO DE LA MOVILIDAD FISICA		GESTION DE LA ACTIVIDAD	
	INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD		ASISTENCIA EN LA ACTIVIDAD	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

ACTIVIDADES	HORARIOS

OBSERVACIONES TECNICO PARAMEDICO

DIA	NOCHE

24.19.- SOLICITUD PRÉSTAMO FICHAS CLÍNICAS

24.19.1.- Por terceros

N° de registro solicitud .....

SOLICITUD DE PRÉSTAMO FICHAS CLÍNICAS POR TERCEROS

NOMBRE DEL SOLICITANTE:
.....

NOMBRE JEFE SERVICIO: .....

CARRERA.....
UNIVERSIDAD.....

SERVICIO POR EL CUAL ESTA ROTANDO.....ANEXO Nº.....

Nº TELEFONO Particular.....

FECHA INGRESO .....FECHA EGRESO .....

Nº FICHA. CLÍNICA	NOMBRE DEL PACIENTE
1.....	.....
2.....	.....
3.....	.....
4.....	.....
5.....	.....
6.....	.....
8.....	.....
9.....	.....
10.....	.....

NOMBRE Y FIRMA
AUTORIZACIÓN JEFE UIGC

NOMBRE Y FIRMA
MÉDICO SOLICITANTE

NORMA SOBRE MANEJO DE FICHAS CLINICA:

- Estoy en conocimiento que la Historia Clínica es un documento reservado, de utilidad para el enfermo, el establecimiento, la investigación, la docencia y la justicia, **"debiendo guardar el debido secreto profesional"**, toda persona que interviene en su elaboración o que tenga acceso a. su contenido.

- Dado **la sensibilidad de la información contenida** en estos registros, **me obligo a mantenerla dentro de la Institución** y a **devolverla** (s) a más tardar al **quinto dia** desde que me han sido entregadas.

Horario de recepción y entrega de Fichas Clínicas: 08.00 a 13.00 y 14.00 a 17.00 hrs.

24.19.2.- Por Representante Legal

Nº de registro solicitud.....

SOLICITUD DE RESULTADO DE EXAMEN (ES) POR REPRESENTANTE LEGAL

Sr (a). Director(a) del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río

---

Teniendo conocimiento que mi información médica está amparada por el Secreto Profesional, relevo a la Dirección de esa obligación, y le solicito que se entregue una copia del o (los) examen (s) personales, a:

Don (a) ----------

RUN ----------

Hago presente que solicito esta información para ----------

Firma de paciente Huella

Santiago --------- de ---------- de ----------

Entregado por ----------

con fecha ----------

Horario de recepción y entrega de Fichas Clínicas: 08.00 a 13.00 y 14.00 a 17.00 hrs.

24.19.3.- Por titular o paciente

Nº de registro solicitud.....

SOLICITUD DE FICHA CLÍNICA POR TITULAR O PACIENTE

Sr (a). Director(a) del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río

---

Teniendo conocimiento que mi información médica está amparada por el Secreto Profesional, relevo a la Dirección de esa obligación, y le solicito que se me entregue una copia de mi Ficha Clínica personal a :

Don (a) ----------

RUN ----------

Hago presente que solicito esta información para ----------

Firma de paciente Huella

Santiago --------- de ---------- de ----------

Entregado por ----------

con fecha ----------

Horario de recepción y entrega de Fichas Clínicas: 08.00 a 13.00 y 14.00 a 17.00 hrs.

24.19.4.- Por representante legal

Nº de registro solicitud .....

SOLICITUD DE FICHA CLÍNICA POR REPRESENTANTE LEGAL

Sr (a). Director(a) del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río

---

Teniendo conocimiento que la información médica está amparada por el Secreto Profesional, relevo a la Dirección de esa obligación, y le solicito que una copia de mi Ficha Clínica personal sea entregada a la siguiente persona :

Don (a) ----------

RUN ----------

Quien actúa como representante legal del suscrito mas abajo firmante.

Hago presente que solicito esta información para ----------

Firma de paciente Huella

Santiago --------- de ---------- de ----------

Recibí conforme copia de Ficha Clínica solicitada:

Nombre ----------

RUN ---------- FECHA ----------

FIRMA ----------

Entregado por ----------
con fecha ----------

Horario de recepción y entrega de Fichas Clínicas: 08.00 a 13.00 y 14.00 a 17.00 hrs.

24.19.5.- Por Aseguradoras de Salud

Nº de registro solicitud .....

SOLICITUD DE ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA A ASEGURADORAS DE SALUD

Sr (a). Director(a) del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río

---

Teniendo conocimiento que mi información médica está protegida por el Secreto Profesional y que la Ley Nº 20.015 faculta a **las Instituciones Aseguradoras de Salud y FONASA** para que previo a resolver la procedencia y otorgamiento de un beneficio de salud, puedan solicitar a cualquier prestador de salud, que se les proporcione mis antecedentes clínicos y médicos, declaro que relevo a la Dirección de esa obligación.

Y **autorizo** a que se proporcione a la Institución Aseguradora de Salud a la cual me encuentre adscrito como afiliado y/ o beneficiario y/ o a FONASA; el o los siguientes antecedentes de salud solicitados ----------
---

Firma de paciente Huella

Santiago --------- de ---------- de ----------

Recibí conforme copia de Ficha Clínica solicitada:

Nombre ----------

RUN ---------- FECHA ----------
--

FIRMA ----------

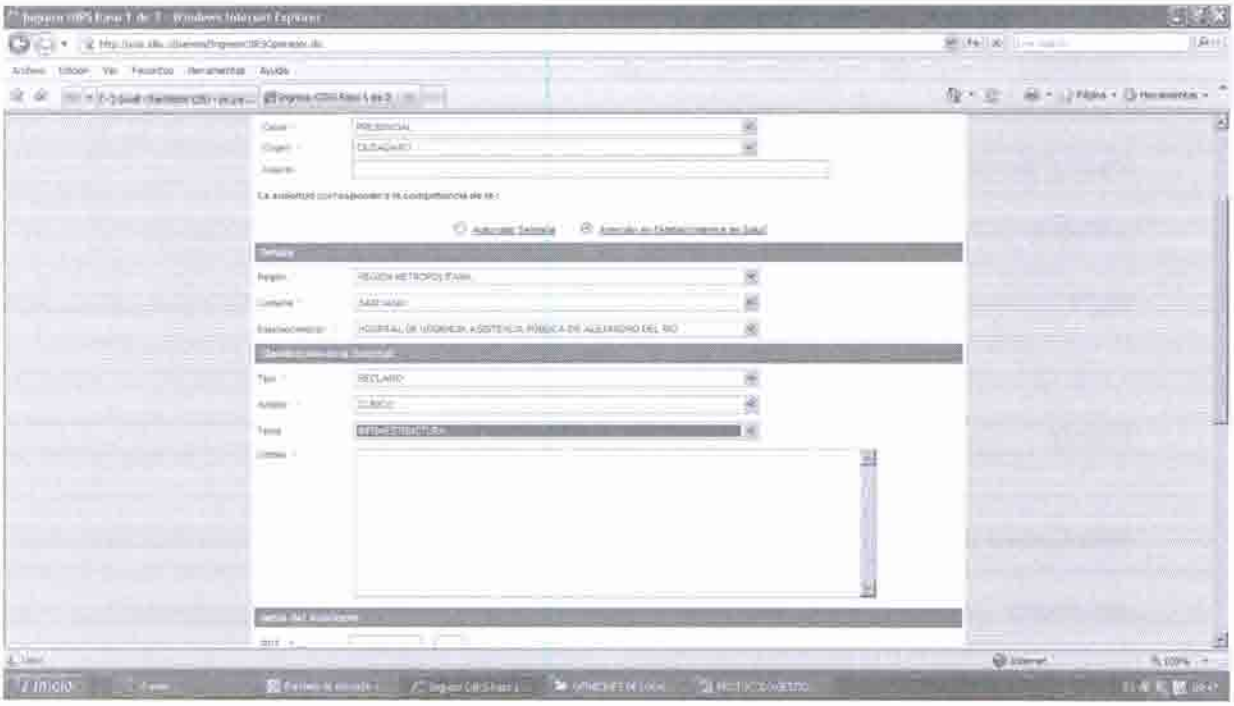
Entregado por ----------

con fecha ----------

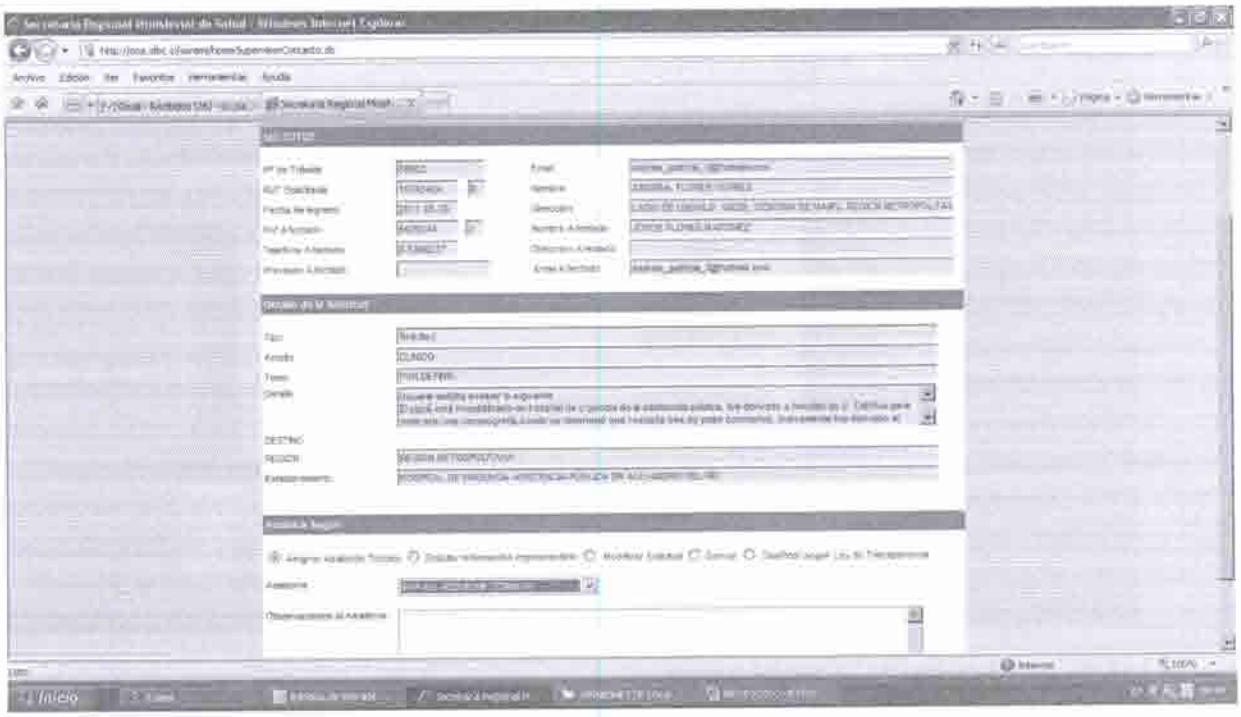
Horario de recepción y entrega de Fichas Clínicas: 08.00 a 13.00 y 14.00 a 17.00 hrs.

24.20.- INGRESO DE OPINIONES DE USUARIOS

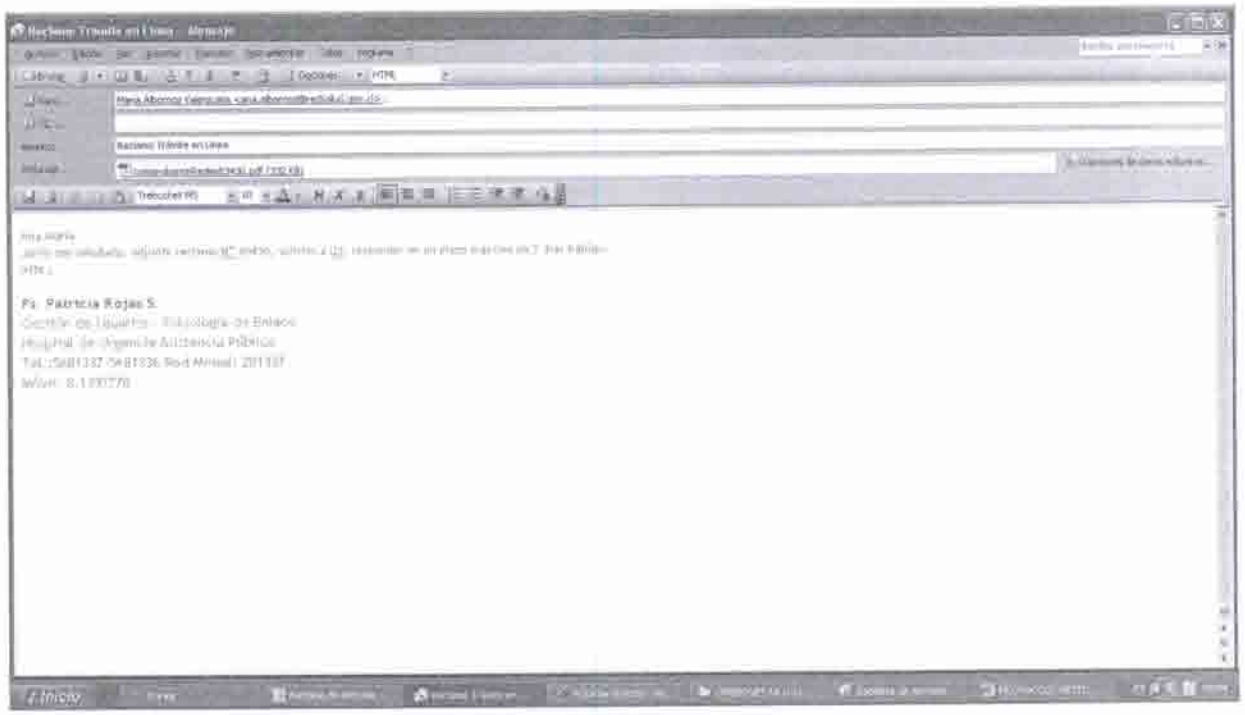
24.21.- CLASIFICACIÓN DE OPINIONES



24.22.- ASIGNACIÓN ASISTENTE TÉCNICO

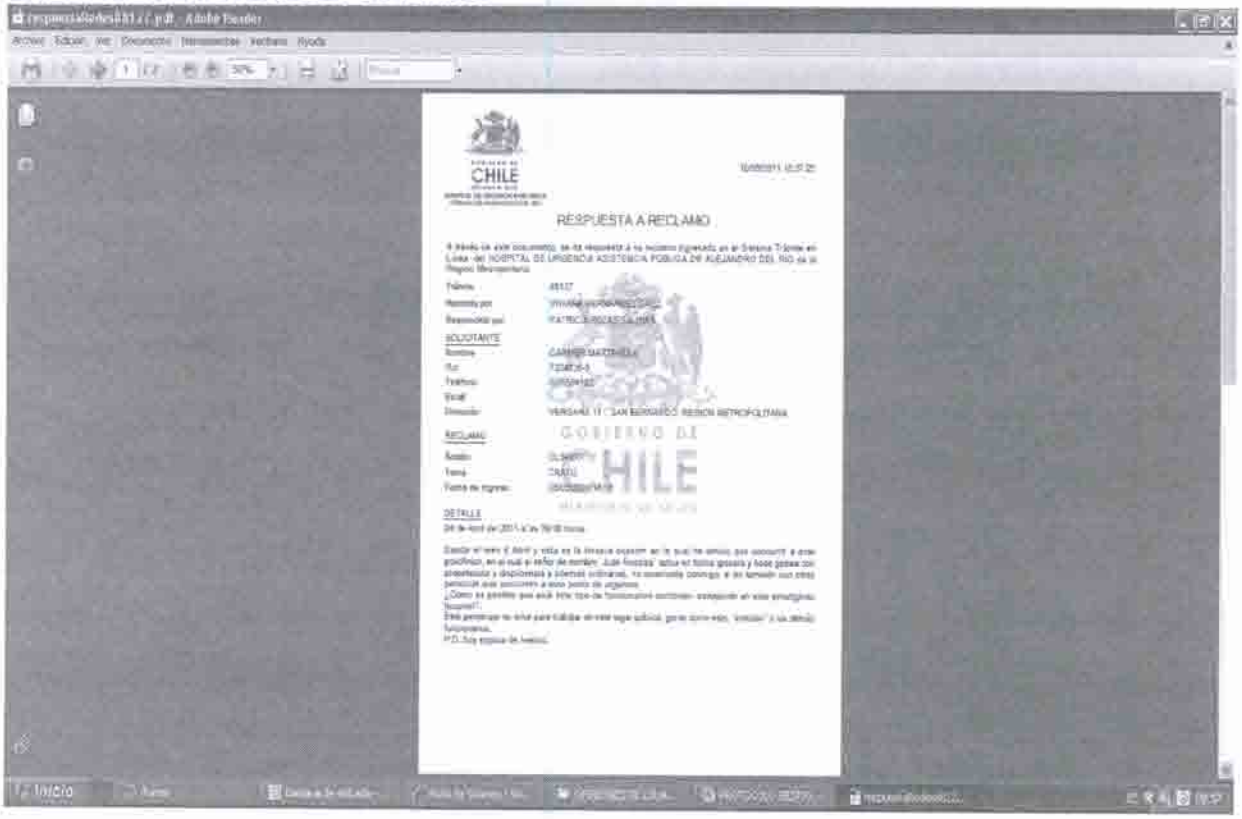
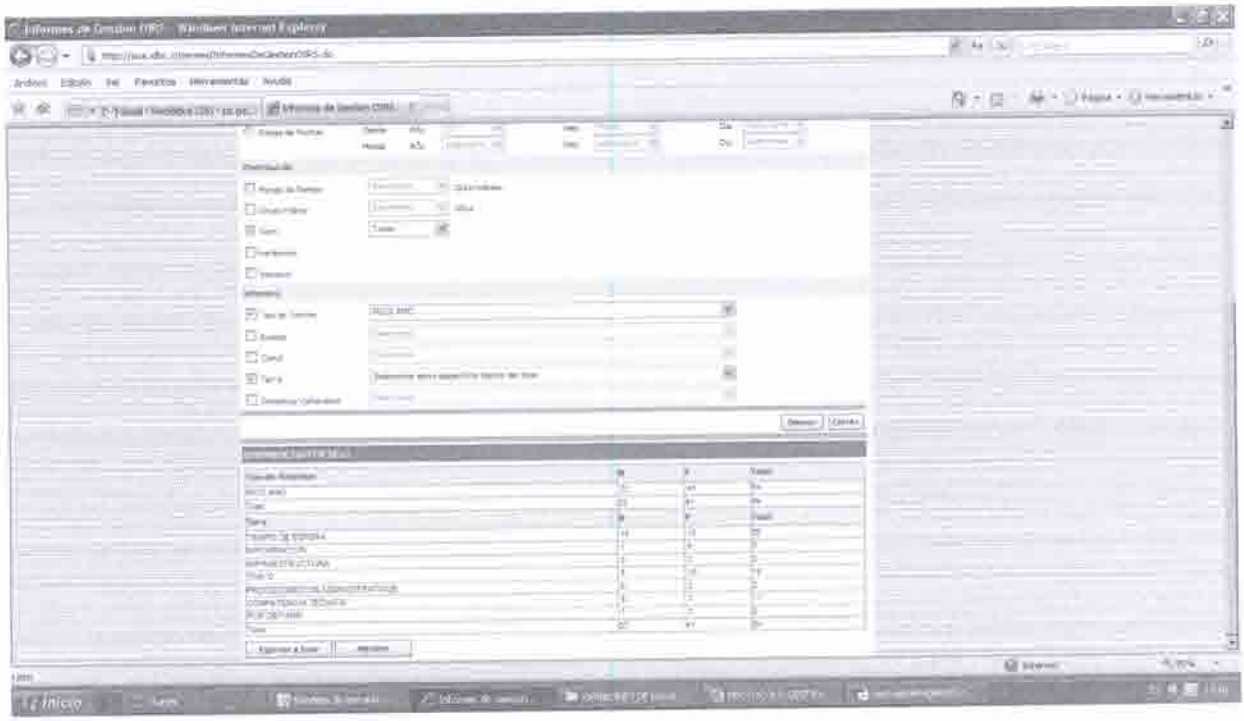


24.23.- ENVÍO DE OPINIONES VIA MAIL



24.24.- VISACIÓN DE RESPUESTAS

24.25.- RESPUESTA A RECLAMOS



24.26.- INFORME MENSUAL