

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"NORMA PARA EL EXPEDIENTE
CLINICO EN EL ISSS"**

2ª Edición

MARZO 2009

Presentación



El **Instituto Salvadoreño del Seguro Social** a través de su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación de la División Técnica Normativa, que a través del Departamento de Normalización es la responsable de estandarizar los procedimientos asistenciales de la prevención secundaria y terciaria en salud.

En este sentido, LA **"NORMA PARA EL EXPEDIENTE CLINICO EN EL ISSS"** **segunda edición**, será el documento normativo que tendrá como objetivo, guiar a los profesionales en el proceso de establecer los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico, constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los Centros de Atención que tengan estos procedimientos en su portafolio de servicios, quienes deben proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.

Conscientes de que no hay un Documento Normativo que contemple todas las eventualidades que se puedan presentar y que trascienda lo normado, se debe brindar la prestación necesaria en todos los casos que exijan del profesional de la salud el actuar de forma coherente con un criterio bien sustentado, para conservar la vida y la salud y registrarlo siempre en el expediente clínico.

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos pertinentes.



DR. NELSON NOLASCO PERLA
Director General ISSS

El conocimiento científico es un recurso que se encuentra -como la realidad misma- en permanente movimiento: crece, se magnifica, se simplifica, se vuelve más o menos complejo y en definitiva, cambia y configura, en toda su dimensión, la Lex artis escrita; cuya aplicación robustece Nuestro juicio técnico y se materializa en la realidad en el ejercicio de medios que trae implícito el proceso de prestación de los servicios de salud. En este sentido, los documentos regulatorios elaborados por la División Técnica Normativa a través de sus dependencias, buscan elaborar un escrito de valor práctico, por medio del concurso de los profesionales directa e indirectamente relacionados con un área determinada del conocimiento y de la prestación de algún servicio, para definir un mínimo vital de atenciones estándares que permitan proveer a los derechohabientes de una atención de calidad más o menos homogénea para los casos generales, quedando su aplicación en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales que laboran en Nuestra Institución.

El proceso de elaboración de estos documentos, implica revisiones bibliográficas exhaustivas en fuentes no sólo actualizadas, sino validadas, nacional e internacionalmente aceptadas, matizadas con la disponibilidad de recursos institucionales teniendo como prioridad, la vida y la salud de los derechohabientes.

Probado está que las ciencias de la salud distan mucho de ser exactas y el objeto de trabajo es cuando menos otro ser humano, cuya vida y salud, le confieren una identidad propia que trae implícito el hecho de que no existen dos personas iguales y no tratamos enfermedades sino que personas. Es por eso que bajo la guía de los preceptos generales establecidos en los documentos regulatorios vigentes, nuestros profesionales tienen el derecho y el deber de obrar cumpliendo con lo contenido en ellos para los casos generales y siempre que haya necesidad, según la medida de su criterio profesional individual, aplicar todos los conocimientos, habilidades y destrezas que en su proceso de formación e instrucción han adquirido; a fin de no omitir ningún cuidado que cada caso individual requiera, poniendo a disposición de Nuestros derechohabientes, todos los medios materiales de que dispone la Institución, así como, todos los medios académicos y laborales de que disponemos los individuos que prestamos la atención directa, quienes formamos parte de una larga cadena de actores que continuamente estamos

generando productos intermedios que abonan al producto final que nos inspira: la vida y la salud de los derechohabientes.

En coherencia con todo lo anterior, debemos estar conscientes de que no hay escrito que pueda contemplar todas las contingencias que en el contexto de la prestación de los servicios de salud puedan surgir y un caso particular –como lo son todos y cada uno- siempre nos puede presentar necesidades que exijan de nosotros el actuar de forma coherente con Nuestro criterio profesional bien sustentado, con el único propósito de conservar la vida y la salud, entendiendo y aceptando siempre la imperiosa necesidad y responsabilidad de justificar por todos los medios formales, una conducta que por ser particular, trasciende lo normado para la generalidad, que es, en esencia, el objeto de todo documento regulatorio.

Es menester aclarar que ante el inexorable paso del tiempo, que trae consigo el progreso de la ciencia y la tecnología, la regulación que hoy es aceptada, mañana será complementada con el hallazgo de una nueva pieza de la verdad científica, que conforme sea probada podrá ser incorporada formalmente al portafolio de servicios institucionales, pero mientras eso ocurre y, por lo tanto, todos los profesionales de la salud estamos en la obligación y el derecho de aportar de forma justificada y según la necesidad de cada caso, lo que Nuestro criterio profesional nos mande como necesario para los cuidados que requieran los derechohabientes y que puedan ser proveídos por Nuestra Institución.

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



"NORMA PARA EL EXPEDIENTE CLINICO EN EL ISSS"

2ª Edición

MARZO 2009

COMITÉ NORMATIVO

JEFE DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA	Dr. Simón Baltazar Agreda
JEFE DEPARTAMENTO NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN	Dr. Guillermo José Valdés F.
COLABORADOR TECNICO EN SALUD II NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN.	Dra. Izayanhet Maritza de Baiza

**PERSONAL QUE PARTICIPÓ EN
LA VALIDACIÓN DE LAS MODIFICACIONES
A LA NORMA DE LA PRIMERA EDICIÓN.**

NOMBRE	PROCEDENCIA
Vilma Esther Villanueva	Unidad Médica Berlín.
Noé Félix Espinoza	Unidad Medicina física y Rehabilitación
José Rafael Everardo Murcia Aguilar	Unidad Médica Aguilares
Xiomara del Carmen Perez de Morales	Clinica Comunal Miramonte
Zulma Iris Batrez	Clinica Comunal Santa Monica
Santos Gonzalo Guerrero	Unidad Médica Cojutepeque
Erlinda Melendez	Clinica Comunal Guadalupe
Zulema Knight Lopez	Unidad Médica Acajutla
Melvin Rafael Cornejo Arevalo	Clinica Comunal San Antonio
Nelly Romero de Ramírez	Unidad Médica de la Union
Carlos Antonio Segovia Romero	Clinica Comunal Santo Tomas
Douglas Vladimir Sanchez Rivera	Clinica Comunal San Marcos
Emerson Aguilar	Clinica Comunal Lourdes
Rene Rafael Ramirez	Clinica Comunal Antigua Cuscatlan
Blanca Lidia Vanegas	Clinica Comunal Sitio del Niño.
Pedro Angel Romero	Unidad Médica Puerto el Triunfo.

NOMBRE	PROCEDENCIA
José Atilio Orellana	Unidad Médica Apopa.
Dra. Balbina Ester López	Unidad Médica Apopa
Dra. Sonia Anabel Bonilla Dimas	Unidad Médica Apopa
José Rafael Jacobo Valencia	Unidad Médica Ahuachapan
Carmen Esmeralda Pérez de Pérez	Unidad Médica Juayua
Angélica María Ruiz de Rivera	Unidad Médica La Libertad
Edgar Napoleón Alvarado Menjivar	Unidad Médica Ateos
Daniel Orlando Rodríguez Cruz	Unidad Médica Sensuntepeque
Carlos Javier Hernández Valdez	Clinica Comunal Costa Rica
Dora Marisol Carballo de Romero	Unidad Médica Gotera
Silvia Zeledón de Mejía	Unidad Médica Nejapa
Carlos Colato	Clinica Comunal Soyapango
Luis Alfredo Guevara	Clinica Comunal La Rabida
Rosa Linda de Portillo	Unidad Médica Moncagua
Jorge Alberto López	Clinica Comunal San Martín
Hector David Martínez	Unidad Médica Ilobasco
Elsa Adilia Vasquez de Gross	Unidad Médica Chalchuapa
Carlos Alberto García Valladares	Unidad Médica Zacatecoluca

NOMBRE	PROCEDENCIA
Alexander Enrique Pérez Soriano	Clinica Comunal Ciudad Delgado
Blanca Haydee Martínez de Martínez	Clinica Comunal Merliot
José Fernando Pacheco Gonzalez	Clinica Comunal Reparto Morazán
Francisco Javier Aquino Cotto	Unidad Médica Quezaltepeque
Ingrid Lisette Orellana pleitez	Clinica Comunal Santa Lucia
Lic. René Aguilar Carballo	Depto de Saneamiento ambiental y Epidemiologia
Dra. Leonor Melendez Quintanilla	Monitoreo Atención Ambulatoria
Dra. Silvia Elena de Magaña	Monitoreo Atención Ambulatoria
Dra. Sara Granadino	Monitoreo Atención Ambulatoria
Dr. Ranulfo Orellana	Monitoreo Atención Hospitalaria
Dr. Marco Antonio Salazar	Monitoreo Clinicas Empresariales
Lic. Berta Luz Salazar de Zavaleta	Unidad Médica Ilopango
Lic. Ana Cecilia Molina	Hospital Médico Quirurgico y Oncología
Dr. Francisco Rene Barriere P.	Hospital Médico Quirurgico y Oncología
Dra. Ana Celina Garcia Ponce	Hospital M. Q. y Oncología
Dra. Yanira Bonilla de Aviles	Hospital M. Q. y Oncología

NOMBRE	PROCEDENCIA
Dr. José Roberto Durán N.	Hospital Médico Quirurgico y Oncología
Dr. Walter Flores Medrano	Hospital Médico Quirurgico y Oncología
Lic. Julia Dolores Vallecampo Cisneros	Hospital Médico Quirurgico y Oncología
Dr. Julio C. Alfaro Varela	Hospital Médico Quirurgico y Oncología
Lic. Julia Dolores Vallecampo Cisneros	Hospital Médico Quirurgico y Oncología
Lic. Rosalinda Alfaro	Unidad Médica Zacamil
Dr. Samuel Humberto Leiva	Unidad Médica Zacamil
Dr. Americo Duran	Unidad Médica Zacamil
Dra. Carolina Renderos	Unidd Médica Zacamil
Rosario de Gutiérrez	Unidad Médica Zacamil
Dra. Marianela Merlos	Hospital General
Lic. Rosa María Montes de Méndez	Hospital General
Lic. Tanya Guillén de Monterroza	Hospital General
Dr. Carlos Ramón Menjivar	Hopital General
Lic. Cecilia Colorado Torres	Hospital General

NOMBRE	PROCEDENCIA
Dra. Reina Celina Vásquez	Policlinico Roma
Dr. Jorge Alberto Borja Cuellar	Policlinico Roma
Dr. Marco Antonio Rodriguez	Policlinico Roma
Lic. María Irma Valle Cornejo	Policlinico Roma
Morena de Jesús Garcia	Policlinico Roma
Dra. Ana Yazmín Aguilar	Unidad Médica Ilopango
Lic. Rosa Irene Granados	Policlinico Arce
Dr. Carlos Gilberto Mena	Policlinico Arce
Lic. Rosa Delia Jiron de Calderon	Policlinico Arce
Mario Eduardo Orellana	Policlinico Arce
Ana Gloria Martinez	Hospital Sonsonate
Lic. Ana del Carmen Lopez de Flores	Unidad Médica 15 de Septiembre
Marina Edith Flores	Unidad Médica 15 de Septiembre
Dra. Flora Elizabeth Amaya Serrano	Unidad Médica 15 de Septiembre
Dra. Ana Nuria Guzman de Escobar	Unidad Médica 15 de Septiembre
Dra. Reyna Perez de Perez	Unidad Médica Atlacatl
Dr. José Guillermo Prieto Gómez	Unidad Médica Atlacatl
Jose Roberto Alegria	Policlinico Neumologico

NOMBRE	PROCEDENCIA
Dr. Héctor Rosales	Policlinico Neumologico
Dr. Luis Alonso Morales Chorro	Consultorio de Especialidades.
Lic. Aura Alicia Peña de Portillo	Consultorio de Especialidades
José Roberto Salguero	Consultorio de Especialidades
Carlos Hernán Flores Rivas	Hospital Regional Santa Ana
Dra. Lissette Ivonne Archila	Unidad Médica San Jacinto
Dr. Prospero Isaías Cordero	Unidad Médica San Jacinto
Dra. Adela Jeannette Klee S.	Unidad Médica San Jacinto
Carlos Antonio Quijada Colorado	Unidad Médica San Jacinto
Lic. Sonia Noemí Arévalo Espinoza	Unidad Médica San Jacinto
Dr. Jorge Martinez Antonio	Hospital 1 de Mayo
Dra. Cecilia Guadalupe Patiño	Hospital 1 de Mayo
Dr. David Menjivar Diaz	Hospital 1 de Mayo
Lic. Emitila Guadalupe Rojas Hernandez	Hospital 1 de Mayo.
Lic. María Raquel Barrillas de Urías	Hospital 1 de Mayo
Lic. Violeta Josefina Caballero Moran	Hospital Regional Santa Ana
Dr. Luis Armando Bustillo	Hospital San Miguel
Lic. Blanca Lidia Márquez de Araujo	Hospital San Miguel

NOMBRE	PROCEDENCIA
Ana Isabel Jovel de Lazo	Hospital San Miguel
Lic. Arely Guadalupe Barriere Sánchez	Hospital Amatepec
Miguel Angel Cruz	Hospital Amatepec
Dra. Zoila Ester Garcia de Soriano	Hospital Amatepec
Héctor Alfonso González	Hospital Sonsonate
Guillermo Enrique Bonilla Rivas	Unidad Médica Santa Tecla
Dr. José Amilcar Yudis Menjivar	Unidad Médica Santa Tecla
Dra. Ana Vilma de Quijano	Unidad Médica Santa Tecla
Dr. Francisco A. Nieto Garay	Hospital 1 de Mayo
Dr. Oscar Mauricio Castillo	Hospital Regional Sonsonate.
Dr. Hugo D. Monteagudo T.	Hospital Regional Sonsonate.
Dr. Luis R. Sermeño	Hospital Policlínico Roma.
Dra. Diana R. de López	Hospital H.M. Q. Y Oncolog.
Dra. Luz de María de Hernández	Hospital Regional Santa Ana.
Dr. Carlos Enrique Pérez Arce	Hospital Amatepec.

Indice

I.	INTRODUCCIÓN	iError! Marcador no definido.
II.	OBJETIVO	iError! Marcador no definido.
III.	CAMPO DE APLICACIÓN:	iError! Marcador no definido.
IV.	DEFINICIONES.....	iError! Marcador no definido.
V.	SOBRE EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO EN ARCHIVO.	iError! Marcador no definido.
	1. ARCHIVO CLINICO.	iError! Marcador no definido.
	2. DISPOSICIONES GENERALES.	iError! Marcador no definido.
VI.	SOBRE LA CONFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE CLINICO.....	iError! Marcador no definido.
VII.	SOBRE LA INFORMACION REGISTRADA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO.....	iError! Marcador no definido.
VIII.	SOBRE LOS TRASLADOS DE PACIENTES.	iError! Marcador no definido.
IX.	SOBRE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE PACIENTES AMBULATORIOS REFERIDOS A OTROS CENTROS DE ATENCIÓN PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ELECTIVAS.	iError! Marcador no definido.
X.	SOBRE LOS MEDICOS Y ODONTOLOGOS RESIDENTES.....	iError! Marcador no definido.
XI.	DEFUNCIONES	iError! Marcador no definido.
XII.	OBSERVANCIA DE LA NORMA:	iError! Marcador no definido.
XIII.	CONSIDERACIONES GENERALES:	iError! Marcador no definido.
XIV.	VIGENCIA:	iError! Marcador no definido.
XV.-	BIBLIOGRAFIA.	iError! Marcador no definido.

I. INTRODUCCIÓN

El Expediente Clínico y en general todos los registros médicos, constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, por lo que su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, optimiza la gestión de la administración de los establecimientos de salud, protege los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como también proporciona información con fines de investigación y docencia.

Por ello, es necesario conducir correctamente todos los mecanismos y procedimientos que se relacionan con los Expedientes Clínicos desde su apertura, de manera tal, que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad, las demandas cada vez más exigentes de los usuarios y de los prestadores de servicios de salud.

Para su revisión se tomo de base la Norma para el expediente clínico en vigencia desde Junio 2003 y se presentan en el nuevo documento todas las consideraciones registradas como necesarias por los diferentes usuarios de la Red, a fin de que su cumplimiento permita el desarrollo de una cultura de calidad permitiendo los usos: Asistenciales, jurídico, investigación, evaluación, estadístico y administrativo.

II. OBJETIVO

Normalizar el uso del Expediente Clínico en la red de establecimientos del ISSS.

III. CAMPO DE APLICACIÓN:

La presente norma, es de observancia general y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención en Salud, en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

IV. DEFINICIONES

Para los efectos de este ordenamiento se entenderá por:

1. **Atención médica:** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
2. **Constancia Medica:** Documento elaborado por el médico tratante o por Trabajo Social del ISSS, donde se hace constar la condición de Salud del Paciente, la cual debe ser autorizada por la Dirección local o su delegado.
3. **Hoja de aceptación o denegatoria de tratamiento o procedimiento diagnóstico/terapéutico:** Documentos escritos, firmados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte o rechace, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados cualquier atención de salud según se establece en el presente documento, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios. Estos documentos sólo podrán ser revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.
4. **Emergencia:** Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en riesgo de peligro la vida, la pérdida o una función de un órgano (independientemente de la edad). Requiere la intervención rápida del médico e incluye algunos actos que se pueden postergar.
5. **Estado de necesidad:** Beneficio de la responsabilidad legal cuando se actúa para evitar daños mayores a la salud, condición física o a la vida. Dicha actuación esta determinada por la necesidad de salvaguardar un bien Jurídico amenazado, violando otro bien ajeno a la amenaza en cumplimiento de la tutela del derecho amenazado. Para se ejecución se requiere que exista peligro inminente, enevitabilidad y gravedad del daño, que no haya sido provocado por causa propia.
6. **Expediente clínico:** Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias e institucionales.

7. **Ínterconsulta:** Solicitud que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, dentro del mismo establecimiento o entre niveles de muy alta complejidad a petición del médico tratante.
8. **Omisión de Cuidados:** Es la denegatoria de la asistencia sanitaria de la que se derivare riesgo grave para la salud de las personas, el cual según el Art. 176 del Código Penal Vigente es sancionado con multa de cincuenta a cien días de multa e inhabilitación especial de profesión u oficio de uno a dos años, si el autor realizare actividad médica, Paramédica o Sanitaria.
9. **Paciente:** Beneficiario directo de la atención médica.
10. **Referencia:** Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los diferentes niveles de atención del ISSS, para facilitar el envío-recepción-retorno de pacientes, con el propósito de brindar atención médica de calidad, según el Portafolio de Servicios y la capacidad de resolución de los centros de atención de la red institucional.
11. **Resumen clínico:** Documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.
12. **Urgencia:** Son aquellas condiciones que amenazan la vida o con inminente riesgo de su deterioro, las cuales requieren intervenciones inmediatas y agresivas (independientemente de la edad). Estos pacientes típicamente no presentan ninguna respuesta y sus signos vitales están ausentes o inestables.
13. **Usuario:** Toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

V. SOBRE EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO EN ARCHIVO.

1. ARCHIVO CLINICO.

- 1.1 El personal de archivo del ISSS, debe conocer, cumplir y hacer cumplir todos los documentos regulatorios vigentes, que le son



aplicables por el ejercicio de las funciones directas e indirectas que le corresponden a su cargo.

- 1.2 La función propia del archivo clínico es la constitución, manejo y custodia de los expedientes clínicos de los pacientes del centro de atención así como proveer insumos para la elaboración de la Estadística y la Bioestadística que se deriva de los mismos, debiendo dar cumplimiento a los procedimientos que forman el Proceso de Archivo Clínico Vigente.
- 1.3 El personal de Archivo clínico debe utilizar el uniforme correspondiente para la atención directa de los derechohabientes, portando en todo momento y en lugar visible el Carné de Identificación Institucional.
- 1.4 La ubicación del archivo clínico debe adecuarse en la medida que las posibilidades de infraestructura así lo permitan a los diferentes procesos con los cuales se relaciona, según nivel de complejidad del Centro de Atención.
- 1.5 El local del archivo clínico virtualmente se divide en dos áreas: una destinada a las labores de formación de expedientes, para lo cual se necesita de escritorios o mesas de trabajo dependiendo del número de personas que lo integran y otra área ocupada por los anaqueles que guardan los expedientes clínicos. Debe contar en la medida de lo posible con buena iluminación y ventilación.
- 1.6 Para las diferentes actividades del expediente clínico se hará uso de archivadores metálicos, tipo anaquel de 106 cm. de frente, 30 cm. de fondo y de 190 cm. de alto con 4 entrepaños de manera que en cada unidad quepan en promedio mas o menos 1400 expedientes.
- 1.7 Los archivadores se dispondrán en filas dobles con circulación intermedia que no sea menor a setenta centímetros (70 cm.), debiendo ser fijados entre ellos mismos y hacia la infraestructura del edificio, en no menos de tres puntos.



- 1.8 Los expedientes clínicos deben ser archivados secuencialmente por años y número de afiliación, de forma tal que facilite su extracción o futuras depuraciones y descartes.
- 1.9 Los expedientes clínicos son propiedad de la Institución y del Paciente, sin embargo y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deben ser conservados por un periodo de **2 años como activos** partiendo de la fecha del último acto médico registrado y posteriormente por un periodo de **tres años como pasivos hasta completar cinco años de conservación requeridos para su descarte.** Se exceptúa a lo anterior los expedientes de los Centros de Chequeo los cuales se regirán por los lineamientos en vigencia establecidos para el funcionamiento de los mismos.
- 1.10 Los expedientes Clínicos activos y pasivos, deberán ser conservados preferentemente en la misma Área pero separados unos de otros, de forma tal que si un expediente esta pasivo y se presenta nuevamente el usuario, pueda ser extraído y pasan a formar parte nuevamente de los activos. **Los Expedientes de fallecidos y los niños mayores de la edad que el ISSS establezca como tope para prestación a este grupo, formarán parte de los pasivos.**
- 1.11 Cuando el número de expedientes de un Centro de Atención sobrepase la capacidad de almacenamiento del archivo clínico, se podrá disponer de una bodega para depósito de la papelería o expedientes pasivos, la cual estará bajo la responsabilidad del personal de Archivo clínico.
- 1.12 Para los Pacientes que se inscriben en los diferentes Programas Médicos Preventivos, el Archivista deberá integrar a sus Expedientes Clínicos la papelería correspondiente a cada Programa verificando que todas las hojas estén rotuladas.
- 1.13 Los expedientes clínicos activos, voluminosos, (mayores de 10 centímetros de grosor) deberán ser seleccionados por el personal de archivo clínico, remitiéndolos a la Dirección local o a la Jefatura del

servicio clínico para la elaboración de una epicrisis o resumen clínico de evolución de caso por especialidad.

- 1.14 Las hojas que fueron objeto de epicrisis o resumen clínico de los expedientes clínicos activos voluminosos, deben almacenarse como expediente pasivo, por el periodo de años necesarios a partir de su depuración para proceder a su descarte final; lo cual debe hacerse siempre que sea necesario. Excepcionalmente; algunos expedientes clínicos pueden ser resguardados perdurablemente por su valor epidemiológico, de estudio o histórico.
- 1.15 Para la realización de epicrisis o resúmenes de los expedientes clínicos voluminosos, los Directores de los Centros de atención deberán dar cumplimiento a las regulaciones contenidas en el numeral 6 de la "Norma para la depuración y descarte de expedientes clínicos y otros Documentos de Servicios clínicos auxiliares"
- 1.16 El personal de archivo Clínico en el ejercicio de sus funciones es el único apto para la custodia del Expediente clínico sin perjuicio del personal de las dependencias institucionales de salud, que por brindar Atención a pacientes, deban hacer uso de estos documentos, siendo responsables de su buena conservación, mientras se esta atendiendo al paciente.

2. **DISPOSICIONES GENERALES.**

- 2.1 Todo expediente clínico dentro del ISSS debe estar constituido de la siguiente forma:
 - ⇒ Carátula con colores diferentes según su clasificación: amarilla para Cotizantes (Trabajador activo o Pensionado), celeste para Beneficiarios (de trabajador activo o pensionados), Verde para niños (as).
 - ⇒ Logo, siglas y nombre de la institución,
 - ⇒ Número y nombre según tarjeta de afiliación, el cual debe ser transcrito según lo especifican los espacios impresos en la carátula, con tinta, letras y números legibles.

- ⇒ Documentación básica y adicional que sean indicados según compete para la Atención a la salud.
- 2.2 Todos los trabajadores de la salud que intervienen en la atención del paciente, tienen la obligación de cumplir los lineamientos de la presente norma en forma ética y profesional, los Directores de los establecimientos son responsables del cumplimiento de esta obligación, según su ámbito de competencia.
- 2.3 El expediente clínico debe ser un instrumento objetivo y comprensible por terceros y no solo por quien escribe en él, deberá ser conservado en buen estado en un lugar que reúna las condiciones seguras para su permanencia, en un **Área restringida con acceso limitado** al personal de salud autorizado.
- 2.4 La información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios Legales y éticos que orientan la práctica sanitaria y solo podrá ser dada a conocer a terceros, mediante orden de la autoridad competente según normativas vigentes.
- 2.5 **En el caso de las atenciones ambulatorias de emergencia si el derechohabiente no cuente con expediente activo o pasivo en el Centro que presta la atención, el expediente clínico estará constituido por la hoja de emergencia y atención domiciliar y los demás documentos que como producto de los servicios prestados se generen y será manejada como tal por archivo clínico.**
- 2.6 Las notas en el expediente clínico deben estar **escritas en forma legible**, no debe tener tachaduras, no se debe escribir sobre lo ya escrito, sin borraduras, no se debe dejar espacios en blanco y ante una equivocación debe escribirse ENMENDADO y aclarar lo que sea necesario, no añadir nada entre renglones.
- 2.7 Cada anotación debe escribirse con tinta, llevar la fecha y hora en la que se realiza, con sello que tenga nombre completo, número de junta de vigilancia, número de empleado ISSS y firma del autor de la misma

según la norma para la elaboración, estandarización y uso adecuado de sellos por el personal de salud de la institución vigente.

- 2.8 Las hojas del expediente clínico deberán ser completadas con la información solicitada en el encabezado de cada una de las mismas, estampando en todos los casos el sello del Servicio Clínico/Especialidad, Centro de Atención.
- 2.9 Solo deberá existir un Expediente Clínico por derechohabiente por Centro de Atención, siendo responsabilidad del personal de archivo Clínico unificarlos cuando esta tarea sea necesaria; se exceptúan a lo anterior los expedientes clínicos bajo responsabilidad de los Comités Multidisciplinarios de Salud Mental, según la convención de Caracas.
- 2.10 El expediente clínico tendrá registradas en las hojas de evolución las atenciones brindadas por los profesionales de Nutrición, Trabajo Social, Psicología y Salud mental, Terapia respiratoria, Técnicos de anestesia y demás personal paramédico según sea necesario, atendiendo a los principios legales y éticos que orientan su práctica.
- 2.11 Todas las atenciones brindadas dentro del componente de salud bucal serán registradas en el expediente clínico de acuerdo a las normas y procedimientos vigentes.
- 2.12 El registro de las transfusiones de sangre o de sus componentes, se hará en la hoja para transfusiones sanguíneas y se ubicará inmediatamente después de la hoja de exámenes de Laboratorio Clínico en el expediente clínico, toda la Información pertinente exceptuando los datos generales y los hemoderivados que se soliciten será llenada en la hoja respectiva por el personal de el Servicio de medicina transfusional.
- 2.13 El expediente clínico de los pacientes atendidos mediante Convenio por Emergencia/Urgencia se constituirá cumpliendo con lo establecido en "Instructivo para la Operativización de Convenio para la Prestación de Servicios de Salud entre el MSPAS y el ISSS".
- 2.14 Los expedientes clínicos pasivos que se encuentren con una situación **jurídico-legal** deben ser protegidos por el Director Local o de la



instancia que para ello se designe por parte del titular de este cargo, hasta que su litigio sea solventado; dando cumplimiento en todos los casos a lo contenido en "La norma para la depuración y descarte de expedientes y otros documentos de servicios clínicos auxiliares", en vigencia.

- 2.15 Posterior al acto o atención Médica en toda la red del ISSS, todo expediente clínico debe ser devuelto a archivo clínico según lo establecen las normas vigentes para cada caso.
- 2.16 Cuando se remita un expediente clínico a otro Centro de Atención **para que se le realice al paciente un procedimiento quirúrgico,** éste se remitirá cinco días hábiles antes del procedimiento, en casos excepcionales el médico tratante coordinará con el Centro Hospitalario enviar el expediente en periodo extraordinario.
- 2.17 Al recibir el expediente del Centro Quirúrgico, el expediente hospitalario se acomodará completo por orden cronológico al final del expediente de consulta externa, de forma tal que quede conformado para las consultas subsecuentes.
- 2.18 El Director Médico es el responsable de autorizar el resumen del expediente clínico, así como la emisión de las Constancias Médicas de cualquier derechohabiente si este es solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, ya sea por el paciente, tutor o autoridad competente, cumpliendo los requisitos y utilizando los lineamientos establecidos en el "Manual de Normas y procedimientos para la Emisión de Constancias medicas y Resúmenes clínicos en los Centros de Atención del ISSS" y "Las normas y procedimiento para la atención a funcionarios o agentes de autoridad para certificación y secuestro de expedientes clínicos de Centros del ISSS", Vigentes.
- 2.19 Todo préstamo de Expediente clínico realizado por empleado o funcionario del ISSS, que obedezca a intereses del paciente o de la Institución debe ser realizado a través de Nota o Boletín que en todos los casos deberá acompañarse del Expediente Múltiple. En los casos en



que por intereses institucionales sea necesaria la revisión de un número mayor de cinco (5) Expedientes clínicos, su préstamo debe solicitarse por escrito, precisando la razón a que obedece tal solicitud y el tiempo de su préstamo debiendo calzarse la solicitud con la firma del interesado y el Visto Bueno de la Jefatura inmediata.

- 2.20 En caso de necesidad de atender solicitudes de secuestro o certificación de expedientes clínicos, se procederá, en todos los casos a dar cumplimiento a "Las normas y procedimiento para la atención a funcionarios o agentes de autoridad para certificación y secuestro de expedientes clínicos de Centros del ISSS".
- 2.21 Siempre que se dé, una Certificación o secuestro de expedientes clínicos, los Directores, Administradores, Jefes de áreas de los Centros medico-hospitalarios del ISSS, deben informar a la Unidad Jurídica Asesora (Juridico de Procuración) y a la Subdirección de Salud a más tardar tres días hábiles posteriores al evento.
- 2.22 Los Expedientes solicitados para fines de docencia e investigación Institucional, deben ser revisados preferentemente en los ambientes de archivos, debiéndose establecer y comunicar a los interesados los mecanismos para la solicitud, entrega y devolución mismos que deberán respetarse en todos los casos.
- 2.23 La información obtenida de los Expedientes Clínicos con fines de investigación, se consignará siempre de forma anónima para salvaguardar la confidencialidad.
- 2.24 Los empleados o funcionarios de la Institución que desean hacer uso de los expedientes Clínicos, para fines de investigación, deben disponer de la autorización escrita del Director del establecimiento de salud (o de la persona a la que él delegue esta responsabilidad). Así mismo, deberá indicar el tipo de investigación que ha de realizar, incluyendo un protocolo debidamente autorizado por las instancias correspondientes como requisito indispensable para acceder a los mencionados documentos.



VI. SOBRE LA CONFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE CLINICO.

1. EXPEDIENTE AMBULATORIO.

Los documentos básicos que conforman el expediente clínico ambulatorio para un Paciente Cotizante, (Carátula color amarillo) y beneficiario adulto (color celeste), serán en el siguiente orden, de la portada hacia la contraportada:

- 1.1. Hoja de Identificación del Paciente. (Form.:510001-16-07-04)
- 1.2. Tabla de cálculo de Índice de masa corporal del adulto. (FORM. 512001-92-10-07) CB: 104-569.
- 1.3. Hojas de riesgo de programas preventivos: (Hoja de riesgo de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, climaterio, protocolo de chequeo, componente de salud mental, cuestionario para la identificación de conductas de alto riesgo, Registro de la atención nutricional, hojas de notificación de enfermedades sujetas a Vigilancia epidemiológica y otros cuyo uso programático se normalice en el futuro).
- 1.4. Hoja clínica, de primera vez si aplica (no aplica para centro de chequeo adulto hombre) (CODIGO: 104-117 Form.: M- 58008-2-H 1 de 2 y 2 de 2)
- 1.5. Hoja de evolución de caso. (M-55008- Rev.58).
- 1.6. Hoja de Ordenes Médicas y Observaciones de la enfermera. (CB 104-159 Form: M-58006)
- 1.7. Hoja de observaciones y Cuidados de enfermería. (Form. M-72005)
- 1.8. Hoja de exámenes de Laboratorio. (Codigo 104- 064 Form No. M-54029 Rev. 58)
- 1.9. Hoja de informes Radiológicos. (Form. No. M-54031 Rev.58)



- 1.10. Ficha Odontológica (de ser utilizado ese servicio). (Form. 533-91-012)
- 1.11. Registro de Certificaciones de Incapacidad Temporal, cuando sea generada al cotizante. (Form. M-67023)
- 1.12. Hoja de referencia y retorno en caso de que haya sido usada (Codigo CB 104500, Form. 510011-09-03-03)
- 1.13. Hoja de Emergencia Y Atención Domiciliar (cuando aplique). (Form. No. M- 58012)
- 1.14. Documentos adicionales que hayan sido generados en el proceso de atención del derechohabiente: solicitudes de interconsultas, Orden de atención para el especialista (Form. No. M 54002.Rev.58), Copia de Solicitud de entrega de medicamentos a pacientes que salen del país, otras hojas oficiales generadas de forma específica, etc.
- 1.15. En todos los casos se deberán completar todos los campos de datos generales del paciente que se solicitan en las diferentes hojas que conforman el expediente, incluyendo el sello del Centro de Atención y de la dependencia/Servicio clínico, que genera cada una de las hojas que lo constituyen.

2. EXPEDIENTE HOSPITALARIO.

Con el ingreso del paciente al área hospitalaria, se conformará el expediente clínico de portada a contraportada en el orden siguiente:

- 2.1 Hoja de control de Signos vitales. (Form. No. M-54002-Rev.58)
- 2.2 Hoja de balance de líquidos. (CB 104-007 Form: M59004)
- 2.3 Hoja de Cuadro Clínico (de Pulso / Temperatura / Días de hospitalización / Días de operación). (Form. M-54003, Rev. 66)
- 2.4 Hoja de Identificación del paciente. (Form.:510001-16-07-04)



- 2.5 Tabla de cálculo de Índice de masa corporal del adulto. (FORM. 512001-92-10-07) CB: 104-569
- 2.6 Hoja de Orden de hospitalización y alta. (COD: 104-156 Form. 510001-003-08- 98)
- 2.7 Hojas de Tratamiento, Procedimiento o Intervención Quirúrgica **Autorización / Denegatoria**. (consentimiento informado). (CB 104003)
- 2.8 Hoja de emergencia y atención domiciliar. (Form. No. M- 58012)
- 2.9 Hoja de evolución de caso. (M-55008- Rev.58)
- 2.10 Hoja de Ordenes Médicas y observaciones de la enfermera. (CB -104-159 Form: M-58006)
- 2.11 Hoja de observaciones y cuidados de enfermería. (Form. M-72005)
- 2.12 Hoja de exámenes de Laboratorio. (CB 104-064 Form. No.M-54029-Rev. 58)
- 2.13 Hoja de informes radiológicos. (Form. No. M-54031 Rev. 58)
- 2.14 Hoja de Solicitud y control de transfusiones sanguíneas. (Form. 749-80-46)
- 2.15 Hoja de Registro Operatorio. (Form. M 540074 Rev. 77)
- 2.16 Hoja de Anestesia. (Form. M- 54055-Rev. 59)
- 2.17 Hoja de registro de incapacidades a cotizantes (la cual debe moverse por cada evento de atención, para que sea una sola hoja, la cual se anotara por orden correlativo). (Form. M-67023)
- 2.18 Hoja de Referencia y Retorno (en caso de que haya sido usada) (Código CB 104500, Form. 510011-09-03-03).
- 2.19 Documentos adicionales que hayan sido generados en el proceso de atención del derechohabiente: Solicitudes de interconsultas, Orden de atención para el especialista (Form. No. M 54002.Rev.58), otras hojas oficiales específicas generadas, etc.

3. EXPEDIENTE AMBULATORIO MUJER EMBARAZADA.

El expediente clínico ambulatorio para mujeres en edad fértil podrá modificarse en el tiempo según sea necesario de acuerdo a las etapas del ciclo de vida reproductiva de cada derechohabiente. Los documentos que se adicionarán al expediente estándar después de la hoja de identificación regular para una mujer en estado de gestación en la consulta externa, será el siguiente de la portada a la contraportada:

- 3.1 Ficha de antecedentes Obstétricos (única por expediente). (Form. 510401-92-005).
- 3.2 Hoja de factores de Riesgo Obstétrico y Reproductivo por cada embarazo. Form. (510401-92-001)
- 3.3 Hoja de curva de Control Prenatal. (Form. 510401-007-0696)
- 3.4 Hoja de Evolución y Referencia, (Con duplicado). (Form. No. 510401-92-017-A)
- 3.5 Hoja de Enfermería del Subprograma de Atención Materna. (Form. 510401-92-006).
- 3.6 Hoja de referencia y retorno (en caso de que haya sido usada) (Codigo CB 104500, Form. 510011-09-03-03)
- 3.7 Hoja de Identificación general del paciente. (Form. 510001-16-07-04).
- 3.8 Tabla de cálculo de Índice de masa corporal del adulto y hojas subsecuentes según numeral VI.1 de la presente norma.
- 3.9 Al llegar la Mujer a su control postnatal, si se inscribe a Planificación Familiar, se debe agregar la Hoja de consulta de Inscripción y Hoja de consulta Subsecuente de Planificación Familiar, junto a las hojas de riesgo de programas preventivos, según el orden del expediente estándar, pasándose las hojas 3.1 a la 3.5 a colocarlas antes de la hoja de laboratorio clínicos.

4. EXPEDIENTE HOSPITALARIO EMBARAZADA.

En las maternidades el expediente hospitalario se conformara de la forma siguiente:

- 4.1 Hoja de Signos vitales. (Form. No. M-54002-Rev.58)
- 4.2 Hoja de balance de líquidos. (CB 104-007 Form: M59004)
- 4.3 Hoja de cuadro clínico. (Pulso/Temperatura/Días de Hospitalización /días de operación. (Form. M- 54003 Rev.66)
- 4.4 Hoja de Identificación del paciente. (Form. 510001-16-07-04)
- 4.5 Hoja de Orden de hospitalización y alta. (Form. 510001-003-08-98).
- 4.6 Hojas de Tratamiento, Procedimiento o Intervención Quirúrgica **Autorización / Denegatoria**. (Consentimiento informado). (CB 104003)
- 4.7 Hoja de emergencia y atención domiciliar. (Form. No. M-58012)
- 4.8 Hoja de evolución del Parto. (Form. No. M-54072-Rev.68)
- 4.9 Hoja de descripción del Parto y atención post natal. (Form. No. M-54047. Rev. 68).
- 4.10 Hoja de evolución de caso. (Form. M- 55008- Rev. 58)
- 4.11 Hoja de Referencia Postnatal. (Form. 510401-005-0596)
- 4.12 Hoja de copia numerada del Certificado de Nacimiento. (Form. 510001-021-11-96)
- 4.13 Hoja de Puericultura. (Form. M-58005 Rev.73)
- 4.14 Hoja de Indicaciones Médicas y demás hojas descritas en el expediente hospitalario en el numeral VI.2.
- 4.15 Partograma si se hubiere generado. (Form. No. 510401-013-11-96)
- 4.16 Hojas de neonatología y de la unidad de cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales al egreso del hospital, si estuvieran generadas según normas vigentes.

4.17 Hoja de Referencia y Retorno (en caso de que haya sido usada)
(Codigo CB 104500, Form. 510011-09-03-03).

5. EXPEDIENTE PEDIÁTRICO.

Para un Beneficiario Pediátrico (Carátula color verde), en la carátula debe identificarse al paciente con el numero de afiliación del cotizante que genera el derecho, adicionando al final los dígitos que corresponden al orden cronológico en que hayan sido inscritos los hijos beneficiarios y se deberá transcribir los datos nominativos del pacientes como lo requiera el formato de carátula, según documento emitido por el Departamento de Afiliación e Inspeccion de la Institución.

Los documentos básicos que constituyen el expediente clínico deberán ser los que correspondan a la edad del paciente, y ser colocados por el personal de archivo en el orden siguiente, de la portada hacia la contraportada:

- 5.1 Para los pacientes que hayan recibido atenciones preventivas en el contexto del programa de atención integral a la niñez:
 - 5.1.1 Hoja de Identificación y Registro. Form. (No. 510481-92-816)
 - 5.1.2 Hoja de puericultura. (Si la madre da historia de atención del parto Institucionalizado) (Form. M-58005-Rev./73.)
 - 5.1.3 Hoja de control de suplementos nutricionales preventivos. (Form. 510401-85-11-04, CB. 104524)
 - 5.1.4 Hoja de Consulta Medica de primera vez. (Form. No. 536-91-007)
 - 5.1.5 Hoja de consulta Médica Subsecuente. (Form. No.536-91-008)
 - 5.1.6 Hoja con escalas simplificadas de Evaluación del Desarrollo, niñas y niños de 0 a 5 años. (Form. 510401-010-10-00)
 - 5.1.7 Hoja de gráfico de Crecimiento Infantil, niños de 0 a 24 meses, (color celeste para niños, color rosado para niñas). [Form. 104611/104613].



- 5.1.8 Hoja de gráfico de Crecimiento Infantil, niños de 2 a menor de 5 años, (color celeste para niños, color rosado para niñas). [Form. 104612/104614].
 - 5.1.9 Grafica de crecimiento, desarrollo y nutrición (Peso, Talla niños de 5-9 años). (Form. 510401-71-11-04, CB 104512)
 - 5.1.10 Hoja de Evaluación del estado nutricional según Índice de masa corporal hombres de 10-19 años. (Form. 510401-75-11-04)
 - 5.1.11 Atención de Crecimiento y Desarrollo primera vez. (Form. 536-91-009)
 - 5.1.12 Atención de Crecimiento y Desarrollo Subsecuente. (Form. No. 536-91-010)
 - 5.1.13 Hoja de observaciones y cuidados de Enfermería. (Form. M-72005)
 - 5.1.14 Hoja de exámenes de Laboratorio. (Codigo 104064, Form. No. 540029. Rev.58)
 - 5.1.15 Hoja de informes Radiológicos. (Form. No. M-54031 Rev. 58)
 - 5.1.16 Ficha Odontológica o Ficha de Higiene dental. (si está ha sido generada) (Form.533-91-012 o Form. M- 79007).
 - 5.1.17 Otros documentos generados: Formulario de referencia y Retorno, Solicitudes de Interconsultas, etc.
- 5.2 Para los pacientes pediátricos en áreas de observación:
- 5.2.1 Hoja de Identificación y Registro. (No. 510481-92-816)
 - 5.2.2 Hoja de orden de hospitalización y alta. (COD:104-156 Form. 510001-003-0898).
 - 5.2.3 Hoja de control de signos vitales. (Form. No. M-54002-Rev.58).
 - 5.2.4 Hoja de cuadro clínico (Pulso, temperatura) (Form. No. M54003. Rev.66)



- 5.2.5 Hoja de tratamiento, procedimiento o intervención quirúrgica (autorización / denegatoria). CB-104003
- 5.2.6 Hoja de Referencia y Retorno (en caso de que haya sido usada (Codigo CB 104500, Form. 510011-09-03-03)
- 5.2.7 Hoja de emergencia y atención domiciliar si estuviera generada. (Form. No. M-58012).
- 5.2.8 Hoja de evolución de caso (M-55008 – Rev. 58).
- 5.2.9 Hoja de ordenes medicas y observaciones de la Enfermera. (CB 104-159, Form. M- 58006).
- 5.2.10 Hoja de observaciones y cuidados de Enfermería. (Form. M-72005)
- 5.2.11 Hoja de exámenes de Laboratorio. (Codigo 104064, Form. No. 540029. Rev.58)
- 5.2.12 Hoja de informes Radiológicos. (Form. No. M-54031 Rev. 58)
- 5.2.13 Otros documentos generados: formularios de referencia / retorno, solicitudes de interconsulta, etc.

6. EXPEDIENTE CLÍNICO DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO (CENTROS DE CHEQUEO).

El expediente clínico de programas preventivos específicos como el del Programa de Atención del adulto en los Centros de Chequeo estará conformado:

- 6.1 Hoja Protocolo de chequeo. (Form. 510001-09-06-04)
- 6.2 Hoja Tabla de cálculo del Índice de masa corporal. (Form. 512001-92-10-07).
- 6.3 Hoja componente de Salud Mental. (Form.: 510401-04-01-04)
- 6.4 Cuestionario para la Identificación de conductas de alto riesgo. (Form. 1C0201-104-07-06).
- 6.5 Hoja Prueba de Riesgo de Diabetes. (Form.510001-11-06-04).

6.6 Registro de la atención nutricional. (Form. No.511201-101-07-05)

6.7 Hoja de evolución. (Form. M- 55008- Rev. 58) y subsecuentes del expediente ambulatorio del numeral VI.1 de esta norma.

7. PACIENTES POR CONVENIO:

Siempre que se reciba un paciente que requiera atención de Salud bajo convenio, la elaboración del expediente clínico deberá cumplir de forma cuidadosa las disposiciones contenidas en **“Instructivo para la Operativización de Convenio para la Prestación de Servicios de Salud entre el MSPAS y el ISSS” en Vigencia.**

8. SOBRE EL EXPEDIENTE CLINICO EN ÁREAS DE EMERGENCIA:

8.1 Para el caso de un paciente que consulta sin expediente previo en el Centro de atención que lo atiende:

8.1.1 La Hoja de Emergencia y atención Domiciliaria, como parte constitutiva y como expediente clínico que es en sí misma, debe ser elaborada, almacenada, custodiada y depurada internamente por las instancias correspondientes según las regulaciones establecidas en el marco de esta norma.

8.1.2 La Hoja de Emergencia y atención Domiciliaria, junto al resto de documentos que como producto de una atención de este tipo se generaren en un derechohabiente, o cuando en situaciones de Emergencia Nacional se utiliza para registrar la atención a **no Derechohabientes**, constituye por si sola el Expediente Clínico.

8.1.3 En todos los casos, las hojas de Emergencia y atención Domiciliaria, debe permanecer bajo la custodia del Centro de Atención que prestó el servicio, como registro Médico-legal que ampara la prestación de los servicios, sus erogaciones, desembolsos mediatos e inmediatos en forma de prestaciones de salud, en especies y pecuniarias.

- 8.1.4 Cuando como producto de la atención de pacientes en el área de Emergencias de un determinado Centro de Atención, sea necesario referirlo a seguir sus controles a otra dependencia Institucional, esto deberá hacerse por medio del uso adecuado de la hoja de Referencia y Retorno, permaneciendo la Hoja de Emergencia y atención domiciliar, en el archivo del Centro que atendió la emergencia, junto con el triplicado del formulario de referencia y retorno.
- 8.1.5 El paciente en estado crítico y apremiante, que necesite atenciones inmediatas, que puedan incluir procedimientos invasivos y tenga que ser referido para dar continuidad a su manejo, circunstancia en la cual deberá de enviarse al centro de referencia, el expediente clínico y los estudios de laboratorio y gabinete que al momento de la referencia hayan sido realizados (incluyendo todas las placas de imágenes), cuyos responsables de recibirlo deberán emitir una Nota de recibo, Boletín o Expediente Múltiple, como constancia de recibo de la documentación antes relacionada, El expediente clínico deberá ser devuelto de inmediato al realizar la prueba y el reporte deberá hacerse llegar a la dependencia interesada a la brevedad posible por los mecanismos idóneos para tales propósitos.
- 8.1.6 La accesibilidad sobre las Hojas de Emergencia para otros Centros de Atención, lleva implícita la solicitud por parte de los interesados, por lo que de rutina, estas Hojas no deben salir de la custodia de los archivos de los Centros de Atención que han ofrecido la atención de emergencia.
- 8.1.7 En todos los casos, las hojas de emergencia en su calidad de parte constitutiva o expediente clínico en sí mismas, deberán manejarse, custodiarse y descartarse según las disposiciones establecidas en "la norma para la depuración y descarte de



expedientes clínicos y otros documentos clínicos auxiliares”,
Vigente.

- 8.2 Para el caso de un Paciente con expediente previo en el Centro de atención:
- 8.2.1 La Hoja de Emergencia y atención Domiciliaria, debe ser integrada al expediente clínico en los cinco días hábiles próximos siguientes a la fecha en la que la atención tuvo lugar, remitiendo las hojas por medio de boletín al archivo clínico.
 - 8.2.2 En el caso de que en la emergencia de un Centro de Atención se atendieran pacientes referidos de la Consulta Externa, las atenciones de salud ofrecidas al derechohabiente serán registradas en el expediente individual del paciente que deberá remitirse junto con el interesado al área de emergencias del centro de atención.
 - 8.2.3 De no encontrarse expediente del derechohabiente, en el archivo de un Centro de Atención determinado, la documentación que se genere como producto de las atenciones que se otorguen en el área de emergencia (hoja de emergencia y atención domiciliar, etc.) deberá manejarse en todos los casos como un expediente en sí mismo, debiendo ser archivados en carpetas específicas, ordenadas de forma correlativa de acuerdo a las fechas de consulta.
 - 8.2.4 Los Centros de Atención que dispongan de Emergencia en su portafolio de servicio, considerarán como pacientes a todo usuario que ha sido ingresado al sistema según los medios disponibles en cada uno de ellos (manual o informático) formando parte de su responsabilidad.
 - 8.2.5 Toda atención que reciba el paciente en el área de Emergencia debe de ser documentada en los formularios que según norma vigente aplique para cada caso.
 - 8.2.6 Para la atención de pacientes en las áreas de emergencia de la red de establecimientos del Instituto Salvadoreño del Seguro



Social se aplicará en todos los casos "La Norma para Atención de Emergencias en el ISSS".

- 8.3 En toda área de emergencia ya sea de Unidades /Hospitales, la Recepcionista, secretaria Clínica, colaborador clínico o personal asignado, es la responsable de elaborar diariamente, un Boletín de Remisión de la hoja de Emergencia y atención domiciliaria o la hoja de referencia y atención médica con la atención brindada, al archivo clínico para dar cumplimiento a los numerales anteriores.
- 8.4 Será responsabilidad de la secretaria Clínica/ Recepcionista / colaborador clínico, de conformar el expediente clínico completo de acuerdo a cada caso y según los numerales correspondientes en los expedientes que correspondan, agregando estos formularios a la hoja de Emergencia y atención Domiciliar y el resto de documentos que se hayan generado previamente cuando el paciente necesite ingreso a las diferentes áreas de los Centros Hospitalarios.

VII. SOBRE LA INFORMACION REGISTRADA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO

1. **Historia Clínica:** En todos los casos, en que tenga lugar una **atención médica de Emergencia**, el médico tratante de un Centro de Atención, elaborará una historia clínica, la cual constará de las siguientes partes:

Motivo de Consulta: Entre comillas y rescatando la descripción del problema que motiva la consulta en las palabras propias del derechohabiente.

Presente Enfermedad: Descripción técnica, cronológica y detallada de la sintomatología que afecta al paciente.

Antecedentes: Los cuales podrán ser de tipo personal y familiar, debiendo describir en forma detallada cualquier circunstancia puntual o continúa cuya ocurrencia precedente en el tiempo pueda tener alguna repercusión en el estado actual del paciente o potencial en el manejo que pudiera recibir a causa del o los padecimientos cruzados que lo puedan afectar.

Examen Físico: Cuya orientación específica al sistema u órgano que pudiere ser la causa del problema que afecta al enfermo, no excluye de la necesidad de hacer una exploración completa en busca de hallazgos incidentales que puedan tener mayor o menor relación con el problema por el que consulta el usuario.

Impresión Diagnóstica: Consignando un diagnóstico clínico lo más específico posible e idealmente de acuerdo a las normas y reglas establecidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, en su décima edición (CIE 10).

Plan: Que deberá contener las actividades con las que se persigue precisar el diagnóstico así como ofrecer el tratamiento para el problema contemplado en el ítem previo.

2. Para el caso de atenciones **ambulatorias y hospitalarias** brindadas **en áreas diferentes a la destinada a la atención de emergencias**, deberán de partir de una historia clínica basada en el esquema P-SOAP, la cual deberá constar de:

2.1. Problemas (P): Se listarán los problemas que afectan al paciente ya sea en forma de diagnósticos codificables o clínicos o en forma de enfoques sindrómicos, empezando por el que representa la afección aguda que prioritariamente afecta el estado de salud del paciente y por tanto requiere la máxima celeridad para su resolución. Consecutivamente, se enumerarán los problemas crónicos o morbilidades cruzadas cuyo manejo de sostén contribuirá a la recuperación del estado general del paciente o a evitar su agravamiento.

2.2. Hallazgos subjetivos (S): En este apartado deberá describirse en forma cronológica y detallada la sintomatología que afecta al paciente, enfatizando en la descripción de las fluctuaciones del cuadro sintomático general (aparecimiento de nuevos síntomas, exacerbación o remisión de los preexistentes, síntomas de alarma de cada caso particular, entre otros)



- 2.3. Hallazgos objetivos (O):** En este apartado se reportarán además de los signos vitales, los hallazgos del examen físico en general, con especial énfasis en aquellos que muestren alguna fluctuación, sea esta cuantitativa o cualitativa y que sustenten la toma de decisiones en el manejo del paciente en la forma de exacerbaciones o remisiones de alteraciones objetivas a través de la exploración física, describiendo con el máximo de detalle su apareamiento, presencia y demás circunstancias relacionadas. En este mismo apartado deberán de reportarse los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete que se encuentren consignados en el expediente al momento de realizar la evaluación, transcribiendo aquellos resultados que representen en sí mismos, un insumo para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas para el manejo del caso individual.
- 2.4. Análisis (A):** Aquí el médico tratante además de consignar el diagnóstico deberá de realizar con detenimiento y en el mejor uso de su juicio clínico, la integración de toda la información contributiva contenida en el expediente clínico como un todo, con el propósito de sustentar el plan diagnóstico y terapéutico en cada caso particular, lo cual deberá consignarse en el siguiente apartado.
- 2.5. Plan (P):** Aquí se establece producto de todos los pasos anteriores, el plan a seguir en el proceso tanto diagnóstico como terapéutico del caso individual. Como plan se entenderá la mención ordenada y general de las medidas más importantes, prioritarias e indispensables para el manejo individualizado de cada caso, encontrándose la contraparte operativa y detallada del plan en las órdenes o indicaciones médicas en las hojas respectivas, debiendo guardar la debida coherencia todas las partes que se han mencionado.
- 2.6.** En el caso de las historias de medicina familiar, ingreso de medicina interna, psiquiatría y demás especialidades que cuenten con un formato Institucional debidamente oficializado se respetará el esquema definido

para tales propósitos según las normas correspondientes en Vigencia en lo que se refiere a la elaboración de la Historia Clínica.

2.7. Las anotaciones en las consultas subsecuentes por morbilidad: Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral V.2.6 , V.2.7 y VII.2 de la presente Norma.

2.8. En los casos en que el paciente requiera íterconsulta por médico especialista deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, la cual realizará el médico solicitante, como la nota de íterconsulta que deberá realizar el médico especialista.

3. **De las notas médicas en hospitalización**

3.1 **De ingreso:** En los casos en que el estado del paciente amerite vigilancia estrecha o cuando ingrese de forma electiva para procedimientos, la nota de ingreso deberá elaborarla el médico que lo recibe y deberá estar apegada a lo descrito en los numerales V.2.6, V.2.7 y VII.2 de la presente Norma.

3.2 **Nota de evolución.** Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral V.2.6, V.2.7 y VII.2 de la presente Norma.

3.3 **Nota de referencia/traslado.** Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en los numerales respectivo de la presente Norma y la que regula este proceso (V.2.6, V.2.7 y VII.2).

3.4 **Consulta pre-operatoria (cirugías electivas programadas en el ámbito ambulatorio).** Se elaborará una nota por el cirujano que va a intervenir al paciente, en la consulta ambulatoria en que haya sido programado el procedimiento incluyendo a los cirujanos Maxilo faciales y deberá contener como mínimo:

a. Verificación del cumplimiento de requisitos para programación.

- b. Plan quirúrgico.
- c. Lugar, Fecha y hora de la cirugía.
- d. Llenar lo que le corresponde en los documentos requeridos para el Ingreso y preparación del derechohabiente para el día de la Cirugía.
- e. Escribir las recomendaciones médicas para el día del ingreso, con especial cuidado en lo por tal causa no se retrase la Cirugía.

3.5 **La Nota Preanestésica:** Debe ser elaborada por el responsable de realizar estas evaluaciones y debe tener como mínimo según la norma de anestesia:

- a. Evaluación Clínica del paciente, señalando los datos fundamentales en relación a la anestesia.
- b. Tipo de anestesia, que se aplicara de acuerdo a las condiciones del paciente y a la intervención quirúrgica planeada.
- c. Evaluación del Estado físico del paciente utilizando el Sistema de clasificación que utiliza la Sociedad Americana de Anestesiología por sus siglas en ingles (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente y medicación preanestésica.

3.6 **Notas de manejo Trans-anestésico y cuidados post-anestésico:** Las notas de manejo Trans-anestésico y de cuidados post anestésicos son responsabilidad de los proveedores del servicio de anestesia, debiendo quedar consignadas en el expediente clínico según lo describe la Norma de Anestesiología Vigente en los numerales IX, X, XI y XII; aplicando lo descrito en los artículos V.2.6 y V.2.7 de esta norma, en las hojas respectivas.

3.7 **Reporte post operatorio:** Deberá ser llenado adecuadamente, en el reverso del formulario de Reporte operatorio, respetando el espacio existente para estos propósitos, el cual será completado por alguno de los médicos/Odontólogos (que laboren en el áreas de Cirugía Máximo-

facial) que intervinieron en el procedimiento al termino del mismo, debiendo de calzar en los espacios correspondientes su firma y sello.

3.8 Egresos Hospitalarios: Al otorgar el Alta o el traslado del Paciente, el Médico debe firmar y estampar su sello en toda la documentación resultante, inmediatamente después de la visita médica o al ser indicado el egreso; observando que:

- a. Con el Alta del Paciente, el Médico debe llenar la Hoja de "Orden de Hospitalización y Alta", en lo que respecta al "DIAGNOSTICO DE ALTA SEGÚN LA CIE 10", "CAUSA DEL ALTA", "ESTADO DE SALIDA", "OPERACIÓN o PROCEDIMIENTO PRACTICADO", estampando su firma y sello en los espacios destinados para estos propósitos.
- b. En el caso de los servicios de Partos, la Orden de hospitalización y alta debe ser también completada con los datos del Recién Nacido según cada caso, en los espacios correspondientes.
- c. El Médico que autoriza el Alta del Paciente, será el responsable de extender la Certificación de Incapacidad Temporal, dando cumplimiento en todos los casos a las regulaciones contenidas en la Norma respectiva, con especial cuidado en la concordancia que debe existir entre los diagnósticos anotados en el expediente clínico, con letras claras.
- d. El personal responsable de Operativizar el alta del paciente deberá firmar y sellar toda la documentación pertinente.

3.9 Resumen de alta hospitalaria: Deberá elaborarse por el médico tratante asignado en las especialidades en que el manejo así lo requiera y deberá contener como mínimo:

- a. Fecha y hora.
- b. Motivo del egreso.
- c. Diagnósticos finales.
- d. Resumen de la evolución y el estado actual



- e. Manejo terapéutico durante la estancia hospitalaria.
- f. Problemas clínicos pendientes.
- g. Plan de manejo y tratamiento.
- h. Recomendaciones para vigilancia ambulatoria según pertinencia.
- i. Atención a factores de riesgo (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).
- j. Pronóstico.
- k. Este Documento podrá ser sustituido por el Formulario de Referencia y Retorno cuando aplique y en las Especialidades en las que su uso no sea requerido.

3.10 **Interconsultas:** La solicitud de la Ínterconsulta entre profesionales de la salud deberá elaborarla el médico tratante cuando se requiera y quedará anotada en el expediente clínico en la hoja de órdenes médicas.

- a. En la solicitud el médico tratante deberá describir claramente el motivo de la ínterconsulta y tener incorporada la información Clínica o antecedente relevante.
- b. La nota de la ínterconsulta la elabora el médico o profesional de salud consultado, y deberá contar con lo establecido en los numerales V.2.6 y V.2.7 de esta norma, debiendo contener como mínimo el resultado de la evaluación, sugerencia del Plan de Manejo y recomendaciones especiales así como estar calzada con la firma y sello de quien la realizó.

3.11 **Egreso voluntario:** El Paciente que voluntariamente exprese su decisión de abandonar las instalaciones hospitalarias de un Centro de Atención del Instituto, deberá de firmar el formulario respectivo en todos sus campos, siendo responsabilidad del medico asignado:



- a) Dar lectura y asegurarse de que el paciente y de estar presentes su grupo familiar o responsable, comprendan lo contenido en el formulario respectivo.
- b) Verificar que el documento en cuestión sea adecuada y completamente llenado, verificando el registro de las firmas y datos del paciente, testigos así como su propia firma y sello.
- c) Adicionalmente, la nota de Egreso Voluntario (Alta Exigida) debe ser elaborada por el médico a partir del momento en que el paciente en uso de sus facultades físicas y mentales, o el responsable lo solicite y deberá respetar el esquema definido en los numerales V.2.6, V.2.7 y VII.1.2 de la presente Norma.

3.12 **Sobre la hoja de Aceptación o Denegatoria de Tratamiento / procedimiento diagnóstico / Terapéutico.** Los Eventos que requieren de Aceptación o Denegatoria de Tratamiento / Procedimiento Diagnóstico / Terapéutico, conocido como CONSENTIMIENTO INFORMADO, son entre otros:

- a. Ingreso Hospitalario o a Observación.
- b. Esterilización quirúrgica.
- c. Trasplantes.
- d. Investigación Clínica.
- e. Necropsia Hospitalaria.
- f. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos.
- g. Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

3.12.1 El personal de salud podrá obtener Documentos de Consentimiento Informado adicionales a los previstos en el inciso anterior cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos, debiendo quedar consignado en el expediente clínico, la hora y fecha en que se acuerda el acto autorizado, el señalamiento de los

riesgos y beneficios esperados con respaldo de la firma del paciente/Tutor/responsable y dos testigos identificados por medio de Documento que cumpla dicha función (DUI, Pasaporte o Licencia de Conducir).

3.12.2 En el caso de que un paciente, representante Legal o persona responsable, rechazaren el manejo propuesto por los profesionales de Salud del ISSS, esta decisión deberá de registrarse en la Hoja de Aceptación o Denegatoria de Tratamiento o Procedimiento Diagnostico/Terapéutico. (Consentimiento Informado) la cual se obligará a completar en el área de Denegatoria, por el responsable directo de brindar la atención que ha sido rechazada, quien deberá de asegurarse de cumplir con todos los requisitos, que este Documento necesita.

3.12.3 En caso de que el Paciente o representante Legal registrado estuvieren inhabilitados para firmar, deberán de estampar su huella digital del primer dedo de ambas manos en el espacio que corresponde a la firma.

3.13 **Notificación al Ministerio Público:** En casos en que según la leyes Vigentes sea necesario dar aviso a los órganos de procuración de justicia, la notificación deberá contener:

- a. Nombre del Establecimiento Notificador.
- b. Fecha de elaboración.
- c. Identificación completa del paciente.
- d. Acto notificado.
- e. Reporte de lesiones del paciente, si es el caso.
- f. Entidad del Ministerio Público a la que se notifica.
- g. Nombre completo, sello y firma del médico que realiza la notificación.
- h. Nombre, firma y sello de la Dirección local o delegado con copia a la Unidad Jurídica Asesora (Juridico de Procuración) y a la Subdirección de Salud.



- 3.14 Todos los casos atendidos productos de violencia y accidentes (Excepto accidentes de Trabajo), deben notificarse obligatoriamente a la Fiscalía General de la República o en sus delegaciones departamentales o municipales. Dicho mandato consta en el Art. 232 del Código Procesal Penal (LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES, MSPAS). Debiendo realizar una descripción completa de las lesiones.
- 3.15 **Sobre los registros de enfermería.** Las notas de enfermería en el área hospitalaria deben consignarse en el expediente clínico al inicio y al final del turno, o por indicación médica así como en cualquier momento que cambie el estado del paciente, debiendo contener al menos: fecha, hora, descripción de la apariencia del paciente, signos vitales, y las observaciones específicas que según el caso sean pertinentes, calzando al final sello con nombre completo y firma.
- a. Para registrar el cumplimiento de indicaciones médicas, se debe anotar la hora, firma y sello de la enfermera que cumplió la indicación, al lado derecho de la misma en la hoja de ordenes médicas.
 - b. Los Signos Vitales deben ser tomados y registrados en el expediente clínico en las hojas correspondientes por el personal de Enfermería según indicación médica de acuerdo a lo establecido en el manual de procedimientos generales de Enfermería para la atención de pacientes, en vigencia.
 - c. Las notas de enfermería en el expediente clínico, del cumplimiento de medicamentos, en las hojas de signos vitales y balance hídrico lo registrará haciendo uso de tinta negra o azul en el turno matutino y con tinta rojo en el turno vespertino.
 - d. Las anotaciones de temperatura en la cuadrícula las efectuará con color azul y el pulso se hará con color rojo.



- e. Los procedimientos indicados por el médico serán anotados en el expediente clínico colocándolos a la derecha de la indicación y de acuerdo al turno cumplido.
- f. Cuando se registre el cumplimiento de medicamentos en la hoja de indicaciones médicas, se debe registrar la hora e iniciales de la enfermera que cumplió la indicación.
- g. Enfermería es responsable de dar y registrar la alimentación asistida a los pacientes concientes que tengan alguna limitación para dicha actividad.
- h. Al recibir el turno, deberá leer las novedades escritas en el expediente y verificar si hay actividades pendientes para dar el cumplimiento respectivo tales como: medicación, toma de signos vitales, exámenes de laboratorio o gabinete, comprobar funcionamiento de sueroterapia, oxigenoterapia, drenajes, alimentación, etc., registrándolas al efectuarlas.
- i. Enfermería en el Area ambulatoria debe anotar en la hoja de Observaciones y cuidados de Enfermería, todos los parámetros solicitados así como el contenido de la consejería de promoción y morbilidad, anotando todo aquello de lo que se informa al derechohabiente según ámbito de competencia.

VIII. SOBRE LOS TRASLADOS DE PACIENTES.

1. Cuando un paciente sea trasladado a otro Servicio dentro del mismo Centro de Atención, se adjuntará en todos los casos el expediente clínico para dar continuidad al registro de las atenciones proporcionadas en la Institución. En estos casos, el médico tratante indicará el traslado en la hoja de indicaciones médicas, Enfermería anotará en el libro de Registro local y en el expediente clínico, la fecha y hora del traslado, el motivo del traslado, los signos vitales y las condiciones clínicas del paciente. En todos los casos deberá notificarse del traslado a la Recepción Central del centro de atención.



2. Si el traslado fuere hacia otro Centro de Atención, sea este de la red institucional o no, el expediente clínico deberá conservarse bajo la custodia del archivo clínico del Centro de Atención que genere el traslado, debiendo registrar el movimiento como alta en el formulario específico, remitiendo con el paciente el formulario de referencia y retorno respectivo debidamente lleno, con excepción de lo contemplado en el numeral 8.1.5 de esta norma.

IX. SOBRE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE PACIENTES AMBULATORIOS REFERIDOS A OTROS CENTROS DE ATENCIÓN PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ELECTIVAS.

SERÁ RESPONSABILIDAD:

1. Del cirujano que indicó el procedimiento en la consulta, en su calidad de médico tratante que indica el procedimiento quirúrgico:
 - a. Escribir la nota preoperatoria como producto de la última consulta ambulatoria, antes del ingreso para cirugía, en el consultorio del Centro de Atención en donde se da la consulta que genera el procedimiento.
 - b. Llenar lo que le corresponde en los documentos requeridos para el ingreso y preparación del derechohabiente para el día de la cirugía.
 - c. Revisar las recomendaciones médicas para el día del ingreso, con especial cuidado en que por tal causa no se retrase la cirugía.
2. Del proveedor del servicio de anestesia responsable de la evaluación preoperatoria del paciente quirúrgico electivo, destacado en el Centro de Atención donde se realizará la intervención:
 - a. Será el responsable de la evaluación anestésica preoperatoria, en la modalidad que el Centro de Atención en donde se va a realizar la cirugía tenga dentro de su portafolio de servicios, pudiendo realizarse el día previo a la cirugía en paciente hospitalizado desde entonces, o en paciente ambulatorio en un lapso prudencial antes de la fecha programada para la cirugía, dando cumplimiento a las normativas vigentes aplicables.
3. Del cirujano que realiza el procedimiento, el día de la cirugía:

- a) Llenará el reporte operatorio o lo firmará si es completado por otro de los participantes en el procedimiento.
 - b) Escribirá las indicaciones que amerite cada caso en las hojas correspondientes.
 - c) Llenará boletas de biopsias y similares.
 - d) Llenará todas las recetas, boletas de exámenes y en el caso de cirugía ambulatoria llenara incapacidades, referencias y demás papelería que requiera el caso del paciente.
 - e) Precisaré cualquier instrucción o cuidado especial en la hoja de indicaciones, a efectos de asegurar la atención más adecuada para el paciente.
 - f) El primer ayudante podrá realizar lo descrito, en los numerales a), b), c) y d)
 - g) Las notas de evolución y el alta del paciente, puede generarla y firmarla el médico asignado al área.
4. De los médicos de planta o Residentes asignados al servicio de hospitalización donde se encuentre internado el paciente, será responsabilidad pasar la visita diariamente, durante la cual:
- a. Escribirá las notas de evolución que sean necesarias de acuerdo al estado del paciente.
 - b. Escribirá las indicaciones diarias para el manejo adecuado del paciente en las hojas respectivas del expediente clínico.
 - c. Llenará toda la documentación que cada caso requiera para su manejo adecuado.
 - d. Atenderá llamado de enfermería para su control respectivo.
 - e. Realizará los procedimientos necesarios de acuerdo con el estado del paciente
 - ❖ Dará alta a los pacientes.
5. En el caso de los médicos cirujanos que han realizado algún procedimiento quirúrgico y tienen horas contratadas en el centro de atención, serán responsables de dar continuidad al proceso de atención al paciente mientras

se encuentre hospitalizado, según su horario de contratación y las asignaciones laborales respectivas.

6. En caso de que el paciente fuera intervenido en el transcurso de un turno presencial o de llamada, por un profesional que no tuviere horas contratadas en el Centro de Atención donde se realizó la intervención quirúrgica, el paciente será manejado hasta el alta por los médicos de planta del servicio de hospitalización que corresponda, según el centro de atención respectivo.
7. Cuando un procedimiento quirúrgico sea suspendido por problemas administrativos o de otra índole, que sea subsanable en el transcurso de su ingreso; podrá ser programado para ser realizado por los agregados de planta de dicho hospital, previo consentimiento del paciente y conocimiento del médico tratante.

X. SOBRE LOS MEDICOS Y ODONTOLOGOS RESIDENTES.

1. Las atenciones brindadas en las áreas de Emergencia y Hospitalización por los Médicos y Odontólogos Residentes en su Programa de Especialización, deberán de quedar plasmadas en el expediente clínico, cumpliendo en todos los casos con lo establecido en la Norma del Programa General de Médicos y Odontólogos Residentes del ISSS y los programas docentes asistenciales en vigencia, que sean aplicables a cada caso.

XI. DEFUNCIONES

1. Cuando fallece dentro de la Institución un derechohabiente, se le podrá realizar autopsia siempre que no sea por causa violenta o causa externa, a solicitud del médico tratante, jefe del Servicio/Departamento, con la autorización escrita de al menos uno de los familiares o responsable, de acuerdo a lo establecido en la Norma del Departamento de Patología Vigente.
2. El médico que brindó la atención de un paciente fallecido en los servicios de hospitalización o emergencia es responsable de llenar el formulario "Registro de Defunción", establecido por la Dirección General de Estadística y Censos en Vigencia.



3. Elaborar el "Registro de Nacido Muerto" establecido por la Dirección General de Estadística y Censos, a cada niño nacido muerto en el hospital, especificado la causa de muerte intrauterina con base a la Clasificación Internacional de Enfermedades en Vigencia (CIE-10).
4. Cuando no se pueda establecer una causa probable de muerte al recién nacido, anotar en el Registro de Defunción como causa de muerte el término "nacido muerto"; no utilice el término **óbito fetal**, porque no está reconocido en el Índice de la Clasificación Internacional en Vigencia (CIE-10) para versión en español.
5. El formulario para registro de defunciones maternas, infantiles y del niño (a) de 1 a menos 10 años implantado por las Gerencias de Atención Integral a la Mujer y al Niño, debe ser llenado de acuerdo a lineamientos para vigilancia de mortalidad establecidos por dichas gerencias del MSPAS en Vigencia.
6. Cuando un Médico Forense se presente a un Centro de atención del Instituto con el objeto de practicarle autopsia al cadáver de un asegurado, las autoridades y personal de dicho Centro, están obligados a prestarle la colaboración necesaria poniendo a disposición el cadáver y el expediente clínico, previa identificación y oficio que justifique la actuación del funcionario.
7. El empleado o delegado del nivel local del Instituto, que atienda a los funcionarios mencionados del numeral anterior, deberán de cumplir estrictamente los lineamientos indicados para tal fin en la "Norma y procedimientos para la atención a funcionarios o agentes de autoridad, en los Centros de atención del ISSS, en vigencia.

XII. OBSERVANCIA DE LA NORMA:

La vigilancia de la aplicación de la presente **Norma para El Expediente Clínico**, en su 2ª edición, corresponde a los Directores de los diferentes Centros de Atención de la Red Institucional, Jefes de Departamentos y Servicios Clínicos, Epidemiólogos, Jefaturas de Enfermería, Administradores, Jefes de Admisión y registros Médicos y Archivo Clínico, en el ámbito de sus respectivas competencias.



XIII. CONSIDERACIONES GENERALES:

Las consideraciones no contempladas en esta norma, deberán hacerse del conocimiento de la División Técnica Normativa, quien después de su consideración las someterán a la aprobación de las Autoridades Superiores del ISSS.

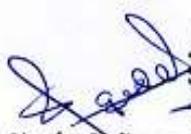
XIV. VIGENCIA:

La presente Norma para el Expediente Clínico, en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, sustituye a la Norma para el expediente clínico en el ISSS, editada en Junio 2003, adendas e instructivos que han sido elaborados previamente, entrando en vigencia con la firma de las autoridades y después de su divulgación a nivel Local.

San Salvador, Marzo 2009.

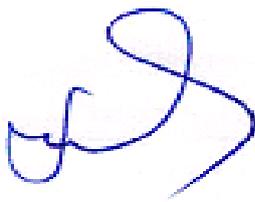
REVISADO POR:


Dr. Guillermo José Valdés Flores
Jefe Depto. Normalización y Estandarización.


VoBo. Dr. Simón Baltazar Agreda
Jefe División Técnica Normativa.


DR. JOSÉ EDUARDO AVILÉS FLORES
Subdirector de Salud ISSS

Autorizado por:


DR. NELSON NOLASCO PERLA
Director General ISSS



XV.- BIBLIOGRAFIA.

1. Aguirre Gas Héctor. Calidad de la atención medica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México. 1997.
2. Cano Torres, Orlando. Consideraciones generales sobre el registro del diagnostico médico. Vol. Epidemiológico 9 (4): 129-30. Oct.- Dic. 1984.
3. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Décima Revisión, OPS/OMS; 1995.
4. "Funciones de los Médicos agregados durante el turno presencial en hospitales del ISSS". División Técnica Normativa, Agosto 2007.
5. "Listado Oficial de Medicamentos", 14 a Edición, 2006.
6. Ley del Seguro Social y Reglamentos del Régimen General de Salud y Riesgos Profesionales, 1977.
7. "Manual de Procedimientos Generales de Enfermería para la atención de Pacientes en el ISSS", Abril 2008.
8. Norma para el Expediente Clínico en el ISSS, División Técnica Normativa, junio 2003.
9. Norma Técnica número 52. Para la elaboración integración y uso del expediente clínico, SSA. 1986.
10. Norma Mexicana para el Expediente Clínico, 1999.
11. Normas Técnicas para los Departamentos de Estadísticas y Documentos médicos de Hospitales, MSPAS, 2005.
12. Normas para Registro y procesamiento de las causas de Mortalidad y Morbilidad, atendidas por los establecimientos de Salud, Unidad de Información en Salud, MSPAS.



13. Normas y procedimiento para la atención a funcionarios o agentes de Autoridad, Certificación y secuestro de expedientes clínicos de Centros Medico-Hospitalarios del ISSS, Unidad Técnica Normativa, Octubre 2006.
14. Norma para la depuración y descarte de expedientes clínicos y otros Documentos de Servicios Clínicos Auxiliares, Junio 2006, División Técnica Normativa.
15. "Norma de Atención de Emergencias en el ISSS", febrero 2008.
16. "Norma para el Manejo de Cadáveres y Piezas Anatómicas en el ISSS", Febrero 2008.
17. "Normas de funcionamiento de las Unidades de Medicina Crítica del ISSS", Enero 2006, Unidad Técnica Normativa.
18. Quintero, Luis, Díaz Isabel, Vethencourt, Alfredo, Vivas, Lilian. Las abreviaturas en la historia clínica. Salus Militeae. 1991 Enero- Diciembre 16 (1/2): 5-1Reglamento de la ley general de salud en material de prestación de servicios de atención medica, México, 1998.
19. Tabak-N, Ben-Or-T. Juridical and medical nursing, aspects of documentation, recordings and reporting. MED. Law. 1995, 14 (3-4): 275-82.
20. Norma del Programa General de Médicos y Odontólogos Residentes del ISSS, División Técnica Normativa, Abril 2008.



ADENDAS

ADENDA # 01 (07-07-2009).....	- 41 -
ADENDA # 02 (24-06-2009).....	- 44 -



ADENDA # 01 (07-07-2009)

"ANEXO A NORMA DE EXPEDIENTE CLÍNICO, 2ª. EDICIÓN"

La División Técnica Normativa a través del Departamento de Normalización y Estandarización, habida cuenta de las regulaciones vigentes y aplicables a la prestación de los servicios de salud en general y en particular, a los casos en los cuales la severidad de los padecimientos que afectan a los pacientes, amenazan su vida o la función de uno o más órganos, emite la presente adenda, con el propósito de delimitar con claridad el marco jurídico que por su vigencia en la República de El Salvador y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, obliga a la atención oportuna de estos casos, para lo que se transcriben los siguientes extractos, que por su contenido se vuelven aplicables.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR (1983)

CAPÍTULO II PROMULGACIÓN DE LA LEY Artículo 8: "No podrá alegarse ignorancia de la ley por ninguna persona, después del plazo común o especial, sino cuando por algún accidente grave hayan estado interrumpidas durante dicho plazo las comunicaciones ordinarias entre el lugar de la residencia del Gobierno y el departamento en que debe regir."

CÓDIGO DE SALUD (1997)

CAPITULO VIII Obligaciones, Derechos y Prohibiciones **SECCION UNO**

Obligaciones Artículo 33: "Son obligaciones de los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes, relacionados con la salud, las siguientes:

d) Atender inmediatamente casos de emergencia para los que fueren requeridos;

Art. 39.- Los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes relacionados con la salud, son responsables legalmente de sus actos en el ejercicio profesional, cuando por negligencia, impericia, ignorancia, abandono inexcusable, cause daño o la muerte del paciente.



CÓDIGO PENAL (1997).

TITULO II HECHO PUNIBLE Y RESPONSABILIDAD PENAL CAPITULO I DE LOS DELITOS Y LAS FALTAS ACCIÓN Y OMISIÓN Artículo 19: "Los hechos punibles pueden ser realizados por acción o por omisión."

COMISIÓN POR OMISIÓN Artículo 20: "El que omite impedir un resultado, responderá como si lo hubiera producido, si tiene el deber jurídico de obrar y su omisión se considerará equivalente a la producción de dicho resultado. El deber jurídico de obrar incumbe a quien tenga por ley obligaciones de cuidado, protección o vigilancia, al que con su comportamiento precedente creó el riesgo y al que, asumiendo la responsabilidad de que el resultado no ocurriría, determinó con ello que el riesgo fuera afrontado."

CAPITULO II DE LAS CAUSAS QUE EXCLUYEN DE LA RESPONSABILIDAD PENAL EXCLUYENTES DE RESPONSABILIDAD Artículo 27: "No es responsable penalmente:

3) Quien actúa u omite por necesidad de salvaguardar un bien jurídico, propio o ajeno, de un peligro real, actual o inminente, no ocasionado intencionalmente, lesionando otro bien de menor o igual valor que el salvaguardado, siempre que la conducta sea proporcional al peligro y que no se tenga el deber jurídico de afrontarlo.

5) Quien actúa u omite bajo la no exigibilidad de otra conducta, es decir, en circunstancias tales que no sea racionalmente posible exigirle una conducta diversa a la que realizó; y,

6) Quien actúa u omite en colisión de deberes, es decir cuando existan para el sujeto, al mismo tiempo, dos deberes que el mismo deba realizar, teniendo solamente la posibilidad de cumplir uno de ellos."

En vista de todo lo anterior y en el contexto de que la prestación de los servicios de salud entraña el otorgamiento oportuno y justamente proporcional a la necesidad del paciente, de los cuidados necesarios para la conservación de dos bienes protegidos por la tutela del estado como son la vida y la salud, se les recuerda a todos los trabajadores de la salud del Instituto Salvadoreño del Seguro

Social, que la atención a pacientes que por su condición requieren de manejo inmediato, no admite ninguna demora de carácter administrativo, por lo que el llenado de la hoja de aceptación o denegatoria de tratamiento (consentimiento informado) es inaplicable como un requisito previo para la atención oportuna y expedita del paciente que se presente en un estado como el antes descrito. También se les recuerda que cualquier demora para el manejo oportuno de un paciente en esta condición que pueda ser potencialmente atribuible a una demora administrativa injustificada, podría ser considerada como un incumplimiento a las obligaciones que el Código de Salud confiere a los profesionales de la salud, así como a una omisión del deber de socorro (175 c. Pn.) o denegación de asistencia sanitaria (176 C. Pn.), y de darse el caso que producto de esta demora se genere un resultado que pueda considerarse como adverso para la vida o la salud de un paciente, podría volverse aplicable el artículo 20 del código penal, lo que se hace del conocimiento de todos los empleados y funcionarios del Instituto para que la atención de los pacientes usuarios de la red Institucional sea brindada de forma oportuna y en medida justamente proporcional al estado de necesidad que en cada caso individual sea aplicable.

Lo que se hace del conocimiento de todos los funcionarios y empleados de la Institución que se relacionen directa o indirectamente con la aplicación de la mencionada regulación para los efectos pertinentes en sus ámbitos de competencia y se extiende la presente a los siete días del mes de Julio del año dos mil nueve.


Dr. Guillermo José Valdés Flores
Jefe Depto. Normalización y Estandarización.


Dr. Simón Baltazar Agreda Contreras
Jefe División Técnica Normativa


Dr. José Eduardo Santamaría Salguero
Subdirector de Salud

ADENDA # 02 (24-06-2009)

"ANEXO A NORMA DE EXPEDIENTE CLÍNICO"

En relación al numeral **4.1.2 de la NORMA DE EXPEDIENTE CLÍNICO DEL I.S.S.S.**, en el que se lee que "La exploración física debe tener: La descripción de la apariencia externa, estado mental, signos vitales (Pulso, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros, genitales y el índice de masa corporal" y como una herramienta para la adecuada prestación de los servicios de salud en todos los Centros de Atención de la red Institucional, la Sub-dirección de Salud a través del Departamento de Normalización y Estandarización de la División Técnica Normativa emite la siguiente addenda:

CRITERIOS A CONSIDERAR - NORMA DE EXPEDIENTE CLÍNICO

El índice de masa corporal deberá consignarse en el expediente clínico de los pacientes que a juicio clínico del médico tratante lo requieran para establecer su manejo según las regulaciones vigentes.

Lo que se hace del conocimiento de todos los funcionarios y empleados de la Institución que se relacionen directa o indirectamente con la aplicación de la mencionada regulación para los efectos pertinentes en sus ámbitos de competencia y se extiende la presente a los treinta días del mes de Junio del año dos mil nueve.


Dr. Guillermo José Valdés Flores
 Jefe Depto. Normalización y Estandarización.


Dr. Simón Baltazar Agredá Contreras
 Jefe División Técnica Normativa


Dr. José Eduardo Santamaría Salguero
 Subdirector de Salud



DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN
2009

LigiaLima