



PROTOCOLO DE ESTANDARIZACIÓN DE  
REGISTROS CLÍNICOS  
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

CÓDIGO: REG 1.2

N° RESOLUCIÓN  
236/26-06-2019

FECHA  
ELABORACIÓN:  
Junio 2019  
FECHA REVISIÓN:  
Junio 2024

N° VERSIÓN: 03

N° PAGINAS: 09

PROTOCOLO DE PROTOCOLO DE  
ESTANDARIZACIÓN  
DE REGISTROS CLINICOS  
REG 1.2  
HOSPITAL COMUNITARIO DE TIL TIL

	RESPONSABLE ELABORACIÓN	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE	EU. Barbará Rivera Fariña	EU. Diego Silva Zuloaga	MT. Bárbara González Zúñiga
CARGO	Enfermera Encargada IAAS	Enfermero UCSP	Directora
FIRMA			

HOSPITAL COMUNITARIO DE TIL TIL  
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE  
DANIEL MOYA #100, TIL TIL  
TELÉFONO: 225751700

TELÉFONO: 225751700



PROTOCOLO DE ESTANDARIZACIÓN DE  
REGISTROS CLÍNICOS  
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

CÓDIGO: REG 1.2

N° RESOLUCIÓN  
236/26-06-2019

FECHA  
ELABORACIÓN:  
Junio 2019  
FECHA REVISIÓN:  
Junio 2024

N° VERSIÓN: 03

N° PAGINAS: 09

## CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVO .....	4
3. ALCANCE .....	4
4. RESPONSABILIDAD.....	4
5. DEFINICIONES .....	5
6. DESARROLLO.....	5
7. BIBLIOGRAFIA .....	8
8. HOJA DE ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLO.....	9

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLO DE ESTANDARIZACIÓN DE REGISTROS CLÍNICOS</b> UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	CÓDIGO: REG 1.2	Nº RESOLUCIÓN 236/26-06-2019
		FECHA ELABORACIÓN: Junio 2019	Nº VERSIÓN: 03
		FECHA REVISIÓN: Junio 2024	Nº PAGINAS: 09

## 1. INTRODUCCIÓN

La ficha clínica es el documento central de cualquier centro de salud, consiste en un documento único, ordenado y completo que debe reunir en forma clara y concisa toda la información concerniente a la salud de un paciente, su evolución y las atenciones recibidas. Constituye, además, un instrumento de planificación, organización y coordinación para una atención continua y de calidad del paciente.

Es un documento reservado de carácter confidencial y una herramienta para la gestión en salud, de valor para el paciente, equipos profesionales, establecimientos de salud, en actividades de docencia, de justicia, de estadística y epidemiología.

### Objetivos concretos de la Ficha Clínica

- Consignar y registrar cronológica y ordenadamente, en forma resumida, clara, operativa y útil, todos los eventos (accidentes, enfermedades, partos, hospitalizaciones, muerte) que conforman la historia de salud personal a lo largo de las diferentes etapas de la vida.
- Reunir y conservar en un solo documento todos los antecedentes médicos útiles.
- Disponer de todos los antecedentes de salud del paciente, reunidos en cada nueva consulta u hospitalización en establecimientos estatales, privados o de las Fuerzas Armadas, al igual que en policlínicos o consultas privadas.
- Evitar la pérdida de tiempo y la postergación del diagnóstico o el inicio del tratamiento; la repetición innecesaria de exámenes y procedimientos caros; las derivaciones, los traslados y las interconsultas injustificadas.
- Mejorar la oportunidad, la eficiencia y la resolución de la atención de salud con la consiguiente reducción de los costos.



**PROTOCOLO DE ESTANDARIZACIÓN DE  
REGISTROS CLÍNICOS**  
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

CÓDIGO: REG 1.2	Nº RESOLUCIÓN 236/26-06-2019
FECHA ELABORACIÓN: Junio 2019	Nº VERSIÓN: 03
FECHA REVISIÓN: Junio 2024	Nº PAGINAS: 09

**2. OBJETIVO**

- Estandarizar el sistema de registro clínico de los usuarios asegurando acceso oportuno, continuo y confidencial de la información.

**3. ALCANCE**

Todos los Profesionales y Técnicos Paramédicos, que utilicen los registros y brinden atención en las diferentes etapas del proceso, tanto a pacientes atendidos en la Unidad de Urgencia, Hospitalizados y Consultorio.

**4. RESPONSABILIDAD**

Responsable	Actividades
Dirección	<ul style="list-style-type: none"><li>• Velar por las condiciones que aseguren el cumplimiento del protocolo.</li></ul>
Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Revisar Documento y participar de su elaboración.</li><li>• Supervisar el cumplimiento del protocolo.</li></ul>
Encargado Unidad SOME	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elaborar protocolo y realizar actualizaciones.</li><li>• Supervisar el cumplimiento del protocolo.</li><li>• Supervisar medición de indicadores</li></ul>
Funcionarios Unidad SOME	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocer y dar cumplimiento al protocolo.</li><li>• Reportar irregularidades en el cumplimiento del protocolo.</li><li>• Realizar medición de indicadores y confección de informes asociados a los procesos de calidad y seguridad asistencial</li></ul>
Profesionales y técnicos asistenciales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener la integridad de la información del registro clínico en sus formatos (electrónico y papel) en el box de atención, evitando pérdidas, eliminación de datos y/o destrucción de esta.</li><li>• Realizar registros clínicos según protocolo durante la atención.</li><li>• Resguardar la confidencialidad de los registros de cada FC.</li></ul>

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLO DE ESTANDARIZACIÓN DE REGISTROS CLÍNICOS</b> UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	CÓDIGO: REG 1.2	Nº RESOLUCIÓN 236/26-06-2019
		FECHA ELABORACIÓN: Junio 2019	Nº VERSIÓN: 03
		FECHA REVISIÓN: Junio 2024	Nº PAGINAS: 09

## 5. DEFINICIONES

- **Ficha clínica:** documento reservado, confidencial, sujeto al secreto profesional, en el cual el equipo de salud registra la historia médica del paciente y de su proceso de atención médica.
- **Anamnesis:** Información que reúne todos los antecedentes personales y familiares del paciente y enfermedades anteriores como también antecedentes relevantes de la enfermedad actual.
- **Ingreso:** Registro de la primera atención médica de un paciente.
- **Evolución:** Registro de la atención de control médico de un paciente.
- **DAU:** Dato de atención de urgencia. Corresponde al documento (en papel o digital) oficial en el cual se registra la atención de urgencia.
- **Epicrisis:** documento (en papel o digital) en el cual se resume los elementos más importantes del proceso de hospitalización de un usuario.
- **Procedimiento diagnóstico y terapéuticos ambulatorios:** prestaciones clínicas que forman parte del proceso de atención odontológica ambulatoria

## 6. DESARROLLO

El Hospital Comunitario Til Til ha definido entre sus lineamientos estratégicos la entrega de una atención de calidad, por lo que es necesario definir los contenidos mínimos a cumplir en el llenado de la Ficha Clínica

La ficha clínica debe contener la información asistencial generada durante la atención al paciente en todas y cada una de sus visitas al establecimiento. Los datos que debe contener la historia clínica han de responder a un conjunto mínimo determinado que a continuación se detallan.

### 6.1. Características que deben estar presentes en el registro clínico:

- **Veracidad:** el usuario debe tener el derecho a que la confección del registro sea veraz, caso contrario debería constituir delito de falsedad.
- **Exactitud:** tiempo, espacio y personas.
- **Rigurosidad Técnica de los Registros:** criterios científicos y objetivos.
- **Contemporaneidad de los Registros:** junto a la asistencia del paciente.
- **Completa:** todos los datos o antecedentes que intervienen deben quedar registrados.
- **Legibilidad:** debe ser elaborada con letra clara y legible, con un lenguaje acorde al entendimiento de lo escrito.

	<b>PROTOCOLO DE ESTANDARIZACIÓN DE REGISTROS CLÍNICOS</b> UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO: REG 1.2	N° RESOLUCIÓN 236/26-06-2019
		FECHA ELABORACIÓN: Junio 2019	N° VERSIÓN: 03
		FECHA REVISIÓN: Junio 2024	N° PAGINAS: 09

- **Secuencia:** La ficha clínica debe conservar su estructura en forma ordenada y cronológica, por lo tanto, el orden del registro debe coincidir con la cronología de evolución clínica del paciente.

### 6.2. Ficha Única e individual:

La atención otorgada a cada paciente debe quedar registrada en un documento físico u electrónico único e individual asociado al usuario, con el objeto de contar con todo su historial al momento de la atención. Dado lo anterior, es de gran importancia que no se presenten duplicidades de ficha en la atención del usuario.

En este caso, el registro de cada usuario estará asociado a un número único de ficha, el RUN.

### 6.3. Contenido, Responsables y registros mínimos de cada contenido en atención cerrada

Todo contenido del registro clínico debe claro y legible, la información debe ser veraz, detallada y estar ordenada para permitir su lectura. Además, deben estar expresos los datos del paciente y del profesional que realiza el registro.

UNIDAD	CONTENIDO	RESPONSABLE DEL LLENADO	REGISTROS MÍNIMOS POR CONTENIDO
UNIDAD DE HOSPITALIZADOS	Ingreso Médico	Profesionales médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos básicos del paciente: Nombre, RUN, edad</li> <li>• Anamnesis</li> <li>• Examen físico completo.</li> <li>• Hipótesis diagnóstica.</li> <li>• Plan de tratamiento e indicaciones.</li> <li>• Nombre y firma del profesional</li> </ul>
	Evolución diaria paciente hospitalizado	Médico a cargo Profesionales no médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolución clínica y condiciones generales del paciente.</li> <li>• Plan de tratamiento</li> <li>• Indicaciones no farmacológicas.</li> <li>• Nombre y firma del profesional que evoluciona</li> </ul>
	Exámenes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos: ambulatorios y de hospitalización	Profesionales médicos y no médicos Técnicos paramédicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos o exámenes realizados deben ser registrados por el profesional o técnico paramédico a cargo de éste (espirometrías, baciloscopias, kinesioterapia, toma de PAP, curaciones, etc.).</li> <li>• Los resultados de exámenes pueden estar a través de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Impresión de examen archivado en la ficha.</li> <li>o Registro de forma manual en la hoja de evolución.</li> </ul> </li> </ul>



**PROTOCOLO DE ESTANDARIZACIÓN DE  
REGISTROS CLÍNICOS**  
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

CÓDIGO: REG 1.2

N° RESOLUCIÓN  
236/26-06-2019

FECHA  
ELABORACIÓN:  
Junio 2019  
FECHA REVISIÓN:  
Junio 2024

N° VERSIÓN: 03

N° PAGINAS: 09

	<b>Epicrisis paciente hospitalizado</b>	Médico de turno	<ul style="list-style-type: none"> <li>Datos de identificación del paciente: nombre, ambos apellidos, RUN, fecha de nacimiento y edad.</li> <li>Fechas de ingreso y egreso.</li> <li>Antecedentes al ingreso del paciente.</li> <li>Resumen de Evolución clínica.</li> <li>Diagnóstico(s) de egreso.</li> <li>Indicaciones</li> <li>Nombre y firma del profesional tratante</li> </ul>
	<b>Hoja de atención de enfermería</b>	Enfermera Técnico paramédico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fecha y hora.</li> <li>Datos de identificación del paciente: nombre, ambos apellidos, Rut, fecha de nacimiento y edad</li> <li>Evolución de enfermería del paciente.</li> <li>Cuidados de enfermería programados y realizados de acuerdo con patología del paciente.</li> <li>Nombre y firma del profesional</li> </ul>
	<b>Interconsulta</b>	Profesionales médicos y no médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Datos de identificación del paciente: nombre, ambos apellidos, Rut, fecha de nacimiento y edad</li> <li>Establecimiento de origen.</li> <li>Establecimiento y especialidad de destino.</li> <li>Hipótesis diagnóstica.</li> <li>Razones de interconsulta y antecedentes.</li> <li>Profesional solicitante.</li> </ul>
<b>ATENCION AMBULATORIA URGENCIA Y APS</b>	<b>Registro de consultas médicas y no médicas en APS</b>	Médico Profesionales no médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Run del usuario</li> <li>Fecha de la atención</li> <li>Motivo de consulta.</li> <li>Examen físico y/o psicosocial.</li> <li>Hipótesis diagnóstica.</li> <li>Plan de Tratamiento y/o indicaciones.</li> <li>Nombre y firma del profesional</li> </ul>
	<b>Atención de urgencia (Dato de Atención de Urgencia Electrónico)</b>	Médicos Profesionales no médicos Técnico Paramédico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Datos de identificación del paciente.</li> <li>Nombre</li> <li>RUT</li> <li>Sexo</li> <li>Fecha nacimiento y edad</li> <li>Dirección, comuna y teléfono (en caso de contar con uno)</li> <li>Previsión</li> <li>Motivo de Consulta</li> <li>Signos vitales: menores de 15 años a lo menos temperatura y de 15 años y más control de pulso, presión arterial y temperatura)</li> <li>Anamnesis y examen físico conciso.</li> <li>Hipótesis diagnóstica.</li> <li>Procedimientos Realizados</li> <li>Indicaciones</li> <li>Registro de alta: se asume con la fecha, hora de egreso y destino al alta.</li> <li>Nombre y RUN del profesional</li> </ul>

	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLO DE ESTANDARIZACIÓN DE REGISTROS CLÍNICOS</b> UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	CÓDIGO: REG 1.2	Nº RESOLUCIÓN 236/26-06-2019
		FECHA ELABORACIÓN: Junio 2019	Nº VERSIÓN: 03
		FECHA REVISIÓN: Junio 2024	Nº PAGINAS: 09

Respecto al registro clínico en papel, es responsable el funcionario profesional médico, no médico y técnico en enfermería de nivel superior identificar con el **RUN del usuario, nombre y dos apellidos, fecha y hora** la hoja de evolución a utilizar. Además, **toda atención** debe contener el **nombre y firma** del profesional o técnico paramédico que interviene en ella. En caso de error en el registro, la o las palabras erróneas deben ser tachadas con una línea continua, escribiendo el registro correcto a continuación, **no debe usarse corrector**.

#### 6.4. Contenido, Responsables y registros mínimos de cada contenido en atención Abierta

A través de la plataforma SIDRA (<http://www.Ssmn.cl/sidra>), el funcionario deberá hacer ingreso a su perfil único e intransferible, realizar la recepción del paciente, luego ingresar a la ficha electrónica del paciente. Ingresar motivo de consulta, anamnesis, hechos relevantes Examen Físico, sospecha diagnóstica (codificada), tratamiento e indicación sin estos campos completos el sistema no permite cerrar la atención del paciente por este motivo que es muy importante completar cada uno de estos campos solicitados.

El proceso de inconultas y notificaciones Ges se realiza de la misma forma que la atención cerrada.

## 7. BIBLIOGRAFIA

- Protocolo Manejo de Ficha Clínica y Sistema de Registros Clínicos. Hospital San Juan de Dios, Santiago. Noviembre 2009.
- Manual de SOME, Ministerio de Salud de Chile.
- Ley N° 19.628 "Sobre Protección de la Vida Privada", Chile. 1999.
- Ley N° 20.584 Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes





**PROTOCOLO DE ESTANDARIZACIÓN DE  
REGISTROS CLÍNICOS**  
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

CÓDIGO: REG 1.2

N° RESOLUCIÓN  
236/26-06-2019

FECHA  
ELABORACIÓN:  
Junio 2019  
FECHA REVISIÓN:  
Junio 2024

N° VERSIÓN: 03

N° PAGINAS: 09

8. HOJA DE ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLO

ELABORADO	VALIDADO	AUTORIZADO	PAGINA SUSTITUIDA	FECHA MODIFICACIÓN
				Día - Mes - Año
Paola Rojas	Diego Silva	Antonio Ramirez	6-7	30-03-2021