



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL  
*Neurocoop*  
S.A.S.

**MANUAL PARA EL MANEJO DE LA  
HISTORIA CLINICA**

**CODIGO  
M-SI-01**

**VERSION: 01**

# MANUAL PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA

NO COPIAR

## **TABLA DE CONTENIDO**

### **CAPITULO I MARCO LEGAL**


### **CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL**

1. DEFINICION.
2. OBJETIVOS.
  - 2.1 Generales
  - 2.2 Específicos
  - 2.3 Propósito
3. Características de la historia clínica
4. ALCANCE.
5. DIRECTIVAS INTERNAS SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA
6. COMPONENTES.
  - 6.1. Identificación del usuario
  - 6.2. Estructura de la historia

### **CAPITULO III. PROCEDIMIENTOS DE LA HISTORIA CLINICA**

1. APERTURA DE HISTORIAS CLINICAS
2. DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA
3. ARCHIVO Y MOVIMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA
  - 3.1. Condiciones Físicas de conservación de la historia clínica.
  - 3.2. Retención y tiempo de conservación.
4. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.
  - 4.1. Préstamo de historia clínica.
  - 4.2. Entrega de documentos de la historia clínica


### **CAPITULO IV COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.**

	<p align="center"><b>MANUAL PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA</b></p>	<p align="center"><b>CODIGO M-SI-01</b></p>	<p align="center"><b>VERSION: 01</b></p>
--	---	---	--


## CAPITULO I

### MARCO LEGAL

- Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Artículos No. 33, 34, 35. Regula archivos de las historias clínicas.
- Ley 10 de 1990, art 8, corresponde al Ministerio de Salud formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema de salud.
- Ley 100 de 1993, en su Artículo 173 numeral 2, faculta al Ministerio de Salud para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios, de obligatorio cumplimiento por parte de todas las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.
- Decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 4 del Artículo 5, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilitara la realización de las labores de auditoría, vigilancia y control y contribuyera a una mayor información de los usuarios.
- **Resolución 1995 de 1999, establece las normas para el manejo de la historia clínica.**
- Que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud.
- Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.

	<b>MANUAL PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>CODIGO M-SI-01</b>	<b>VERSION: 01</b>
--	---	---------------------------	--------------------

- Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación.
- Acuerdo 011 de 1996, por el cual se establecen criterios de conservación y organización de documentos”.
- Acuerdo No. 049 de 2000, por el cual se desarrolla el artículo de “Conservación de Documentos” del Reglamento General de Archivos sobre “condiciones de edificios y locales destinados a archivos”.
- Acuerdo N° 050 de 2000, por el cual se desarrolla del artículo 64 del título VII “ Conservación de Documentos”, del Reglamento General de Archivos sobre “Prevención de deterioro de los documentos de archivo y situaciones de riesgo”.
- Acuerdo N° 056 de 2000, por el cual se desarrolla el artículo 45, “Requisitos para la Consulta” del capítulo V, “ACCESO A LOS DOCUMENTOS DE ARCHIVO”, DEL REGLAMENTO GENERAL DE ARCHIVOS.
- Acuerdo N° 042 de 2002, por el cual se establecen los criterios para la organización de los archivos de gestión en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas, se regula el Inventario Único Documental y se desarrollan el artículo 21, 22, 23 y 26 de la Ley General de Archivos 594 de 2000.
- Resolución 1715 de 2005, por el cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 art 13 y 15, en lo referente a los tiempos de retención y conservación de registros clínicos.
- Resolución 0058 del 15 de enero de 2007, por la cual se deroga la resolución 1715 de 2005.

	<b>MANUAL PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>CODIGO M-SI-01</b>	<b>VERSION: 01</b>
--	---	-----------------------	--------------------

## CAPITULO II

### MARCO CONCEPTUAL

#### 1. DEFINICION

La **Historia Clínica** es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por **terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.**

Desglosando y haciendo explícita ésta definición encontramos:

Es un **documento privado**, en la medida que corresponde a la vida privada o íntima del paciente.

Es **obligatorio**, por cuanto, tiene trascendencias legales que implica el registro de todas las actividades, procedimientos e intervenciones en salud desarrolladas.

Se encuentra **sometido a reserva**, ya que según lo consagrado en el art 15 de la Constitución Política, existe el derecho que tienen todas las personas a su intimidad personal y familiar, y a su buen nombre.

**Condiciones de salud:** Es el estado de salud del paciente que se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

**Equipo de Salud.** Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

#### **Terceros autorizados para conocer la historia clínica:**

- Las autoridades judiciales y de control, cuando la requieran como medio probatorio para tomar decisiones en las investigaciones que adelantan en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales (Art 34, Ley 23/81).
- La Superintendencia Nacional de Salud y las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, en cumplimiento de su función pública de

inspección, vigilancia y control de la calidad de la atención en salud (Art 34, Ley 23 / 81).

- El equipo de salud, (Art 23, Decreto 3380/81 y Resolución 1995/99).
- Los investigadores en ciencias de la salud, para consulta y apoyo de trabajos médicos (Art 61, Ley 23/81 y Art 30 Decreto 3380/81).
- Los tribunales de Ética Médica (Ley 23/81).
- El paciente y los familiares que él expresamente autorice, (Art 38, Ley 23/81).

## **2. OBJETIVOS DE LA HISTORIA CLINICA**

### **2.1. GENERALES**


- Registrar datos e información de los procesos de la atención en salud.
- Servir de documento base para la investigación en salud, para evaluar la eficacia y eficiencia de los servicios prestados.

### **2.2. ESPECIFICOS.**

- Obtener información de los procesos clínicos a los que haya sido sometido el paciente.
- Evaluar la calidad de los procesos de atención en salud.

### **2.3. PROPOSITOS DE LA HISTORIA CLINICA**

- Mejorar la calidad en los servicios prestados.
- Actuar dentro de un marco legal que garantice la protección del equipo de salud y del paciente.

	<b>MANUAL PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>CODIGO M-SI-01</b>	<b>VERSION: 01</b>
--	---	-----------------------	--------------------

### 3. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Las características básicas son:

- **Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
- **Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.
- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

#### **4. ALCANCE**

La historia clínica es un documento de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud y por tanto involucra a todo el personal que intervenga en dicha atención.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas.

#### **5. DIRECTIVAS INTERNAS SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA**

**Historia Clínica Única:** En cumplimiento de la normatividad vigente, se adoptan la estructura (sistematizada) en cumplimiento del artículo 112 de la ley 1438 de 2011, establecida en como la **HISTORIA CLÍNICA ÚNICA** que se utilizará para la atención de los pacientes

**Obligatoriedad de la apertura de Historia Clínica:** A todo paciente atendido por primera vez en la clínica se le realizará el proceso de apertura de Historia Clínica.

**Obligatoriedad del registro:** “Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas” con ocasión de la prestación de los servicios de salud. Para cada una de las atenciones realizadas a los pacientes debe registrarse en la historia clínica las acciones realizadas, los hallazgos, las observaciones, las recomendaciones y todas las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios, registrando la fecha y la hora de la atención.

**Calidad de los registros en la Historia Clínica:** la historia clínica debe diligenciar todos los campos permitidos con el propósito de que el programa permita avanzar.



**Custodia de la Historia Clínica:** Aunque en este guía se establecen los flujos y manejos de entrada y salida de la Historia Clínica del archivo y las personas responsables de los mismos, debido al carácter confidencial y de reserva de la Historia Clínica, todo el personal asistencial y administrativo de la institución relacionado con el manejo y tráfico de la Historia Clínica debe velar por su custodia y conservación.

## **6. COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA**

La Historia Clínica, se concibe en dos dimensiones prácticas que son:

- El documento de Apertura de Historia Clínica de Primera Vez, de donde se registran los datos de identificación del paciente, la anamnesis y la información clínica resultante de la atención de Primera vez.
- La Historia Clínica como el expediente que incluye el documento de apertura mencionado arriba y todos los demás documentos de la Historia Clínica.

### **a. Identificación Del Usuario.**

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos. Los datos de los componentes de identificación del usuario y de los registros específicos del documento de Apertura de Historia Clínica de Primera Vez, son los siguientes, respectivamente:

- Número de Historia Clínica
- Fecha y Hora de atención
- Datos personales del paciente: número y tipo de documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, estado civil, dirección, aseguradora, tipo de vinculación, ocupación.
- Datos del Responsable del paciente: nombre, parentesco, dirección, ciudad, localidad, barrio, teléfono.

- Datos del Acompañante del paciente: nombre, parentesco, teléfono.
- Causa de consulta y enfermedad actual
- Antecedentes personales
- Antecedentes Familiares
- Examen Físico
- Diagnóstico
- Pronóstico
- Plan de tratamiento
- Descripción del Plan de Tratamiento
- Consentimiento informado (\*)


Los componentes de la Historia Clínica como Expediente son:

- El documento de Apertura de Historia descrito antes
- La hoja de Evolución del tratamiento
- El Consentimiento Informado (\*)
- Todos los demás documentos y registros clínicos que resulten de la valoración clínica inicial y/o del seguimiento del paciente a través del tiempo.

## **b. Estructura De La Historia Clínica**

La historia clínica está compuesta por tres partes:

- Identificación del Usuario
- Registros de la Atención.
- Anexos.

	<b>MANUAL PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>CODIGO M-SI-01</b>	<b>VERSION: 01</b>
--	---	-----------------------	--------------------

Cada uno de los formatos mencionados a continuación se anexa al presente documento y forman parte del mismo.

- Historia Clínica (Apertura de Historia Clínica de Primera Vez)
- Evolución del Tratamiento
- Referencia y Contrarreferencia
- Consentimiento Informado

### **3. ARCHIVO Y MOVIMIENTO DE LAS HISTORIAS CLINICAS**

#### **1. OBJETIVO:**

Describir el procedimiento para el manejo de las historias clínicas

#### **ALCANCE:**

Aplica para todas las historias clínicas.

#### **2. DEFINICION:**

##### **2.1. MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA:**

El manejo aquí descrito se relaciona específicamente con el proceso de archivo y movimiento de la Historia Clínica, considerada como expediente. “Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario”.

### 3.1 DESCRIPCIÓN

N°	Actividad	Descripción	Responsable	Documento o registro
1.	<b>Archivo de Historias Clínicas.</b>	La historia tendrá un archivo magnético, realizando una copia de seguridad cada día.	profesional	Historias clínicas
2	<b>Identificación de la historia clínica</b>	En caso de ser necesario que se requiera imprimirla Marque en la portada exterior del folder (Historia Clínica) el número y el nombre del paciente (Apellidos y Nombres), y ubíquelas en el mueble de archivo que está situado en el área administrativa de archivo clínico.	profesional	Historias clínicas

#### OBSERVACIONES:

Al ser la Historia Clínica un documento confidencial, esta solo puede ser conocida por:

- El paciente.
- El equipo asistencial encargado de su atención.
- Un tercero, con previa autorización escrita por el paciente.
- Las entidades de vigilancia y control en los casos que estipule la ley.

#### **COPIA DE SEGURIDAD (BACK UP) HISTORIA.**

Con el objetivo de garantizar la custodia de la historia clínica la IPS, realizara copias de seguridad periódicas y automatizadas (según acuerdo establecido con el proveedor del software para manejo de HC) para prevenir el riesgo de pérdida de la información, ya que en caso de que se produzca un fallo o se pierda la información, esta podrá ser recupera a través de la copia de seguridad

### **3.2 RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.**

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo histórico.

Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse, mediante levantamiento de acta que relacione las Historias clínicas destruidas con la fecha de la última atención.

### **4. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA**

La custodia de la historia clínica es responsabilidad del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumplimiento los procedimientos de archivo.

El archivo de historias clínicas es digital , con copias de seguridad diarias, con acceso limitado al personal autorizado por un usuario y una clave , conservando las historias clínicas en condiciones que garantizan la integridad y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

El acceso a la historia clínica, se realiza en los términos previstos en la Ley:

1. El usuario.
2. El Equipo de Salud.
3. Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
4. Las demás personas determinadas en la ley.


#### **4.1. Consulta de documentos**

La consulta de documentos en los archivos de gestión, se realiza permitiendo el acceso a los documentos cualquiera que sea su soporte.

El acceso a la consulta de documentos se efectúa previa verificación del documento de identidad y el establecimiento de los fines de consulta.

Consulta por el paciente o un tercero.

Si el interesado desea que se le expidan copias o fotocopias, éstas deberán ser autorizadas por medio de una carta de autorización por el usuario dueño de la

	<b>MANUAL PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>CODIGO M-SI-01</b>	<b>VERSION: 01</b>
--	---	---------------------------	--------------------

historia clínica, y sólo se permitirá cuando la información no tenga carácter de reservado conforme a la Constitución o a las Leyes.

#### **4.2. Entrega de documentos de la Historia Clínica**

En los casos en que el usuario requiere copias de documentos de la historia clínica, se debe verificar si la persona que solicita la historia tiene acceso a ella, según Resolución 1995/1999, en caso contrario, informe y oriente trámite que debe seguir el usuario para poder acceder a copia de historia clínica.

##### **Solicitud de la historia clínica por un paciente:**

Solicite al paciente que diligencie una autorización de entrega de historias Clínicas, en caso de que él no cuente con un modelo para la presentación de dicha carta.

##### **Solicitud de Copia de la historia clínica por un Tercero**


Informe al tercero que para acceder a la historia clínica deberá presentar los siguientes documentos:

- Autorización de entrega de historia clínica. O modelo que el tercero crea conveniente.
- Copia del documento de identidad del paciente y del reclamante.
- Para que la autorización tenga validez es indispensable la firma del paciente.
- Para pacientes menores de edad se les entregará únicamente a los padres y/o responsables presentando los documentos que los acrediten.

##### **Solicitud de Copia de la historia clínica de un paciente fallecido**

Informe al solicitante que deberá presentar los siguientes documentos:

- Copia del documento que acredite que la persona reclamante tiene la condición de padre, madre, hijo, cónyuge o compañero.
- Copia del acta de defunción.

	<b>MANUAL PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>CODIGO M-SI-01</b>	<b>VERSION: 01</b>
--	---	-----------------------	--------------------

- Autorización de entrega de historia clínica. O modelo que el tercero crea conveniente.
- Copia del documento de identidad del familiar que reclama.

**Nota:** en todos los casos anteriores informe al interesado que se cuenta con un lapso de 48 horas posterior a la solicitud, para la entrega de la misma.

Para solicitud de entidades legales o judiciales establecidas en la norma, se debe requerir la carta de solicitud formal, dirigida a la institución especificando el motivo del requerimiento y verificar la fecha de la misma.

Una vez presentados y verificados los documentos por el interesado, se entrega la copia de la historia clínica y registra en el Control de Entrega de historia clínica la información relacionada con la misma y solicita firma de quien recibe.

## **CAPITULO IV**

### **COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS**

Defínase el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

Dicho comité debe establecerse formalmente mediante acta de conformación donde quedara relacionada la información de los integrantes y las funciones del mismo.

El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas las cuales reposaran en la carpeta del comité, ubicadas en la coordinación de calidad.

## **FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS**

- a. Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b. Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
- c. Elevar a la Dirección, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- d. Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.