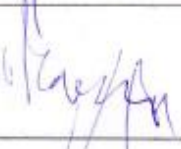
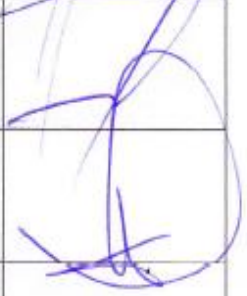
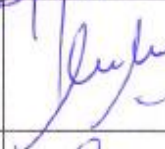
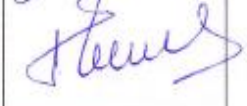


	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	1 de 23	

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Actualizado por:	EU Mercedes Iglesias M.	Profesional Unidad de Calidad Asistencial	08/10/2018	
Revisado por:	Dr. Vladimir Moraga L.	Médico Jefe de Especialidades CR Quirúrgico	12/10/2018	
	Dra. Fanny Henríquez V.	Médico Auditor	12/10/2018	
	Dr. Raúl Martínez G.	Médico CR de la Mujer	12/10/2018	
	Dra. Soledad Bórquez C.	Médico Jefe CAE Adulto	12/10/2018	
	EU Ma. Luisa Cárcamo H.	Enfermera Supervisora CR UEH	12/10/2018	
	Mat. Lorena Navarro S.	Jefe Unidad Gestión de Cuidado de Matronería	12/10/2018	
Aprobado por:	D. Maira Martinich S.	Jefe Unidad de Calidad Asistencial	16/10/2018	
Autorizado por:	D. Mirna Navarro M.	Directora (S)	17/10/2018	

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	2 de 23	

Distribución:

Servicio	Cargo
Dirección Hospital	Director (S) Institucional
	Oficina de Partes
Subdirección Médica	Subdirector Médico
Subdirección de Enfermería	Subdirectora de Enfermería
Unidad Gestión de Cuidado de Matronería	Matrona Jefe
Unidad de Corta Estadía Psiquiatría	Médico Jefe
	Enfermero Supervisor
CR Unidad de Emergencia Hospitalaria	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
CR de la Mujer	Médico Jefe
	Matrona Supervisora
	Encargado Círculo de Calidad
CR Pensionado	Enfermera Supervisora
	Encargada Círculo de Calidad
Traumatología	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
CR Infantil	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
	Matrona Jefe UPC Neonatal
	Médico Jefe Cirugía Infantil
	Encargado Círculo Calidad
CR Anestesia y Pabellones Quirúrgicos	Médico Jefe
	Enfermero Supervisor
	Encargada Círculo de Calidad
CR Unidad Paciente Crítico	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
	Encargado Círculo de Calidad
CR Quirúrgico	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
	Encargada Círculo de Calidad
CR Médico	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
	Encargada Círculo de Calidad
CAE de la Mujer	Médico Jefe
	Matrona Supervisora

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	3 de 23	

CAE Adulto	Médico Jefe
	Enfermera Supervisora
	Médico Jefe Cardiología
	Médico Jefe Urología
	Médico Jefe Neurología
	Médico Jefe Neurocirugía
CAE Infantil	Médico Jefe
	Enfermera Jefe
CAE Procedimiento Diagnóstico	Médico Jefe Endoscopia
CAE Procedimientos Indiferenciados	Médico Jefe Oftalmología
	Tecnólogo Médico Supervisor
	Médico Jefe Otorrinolaringología
	Médico Dermatólogo
CR Odontología	Médico Jefe
	Encargada Círculo de Calidad
GES	Jefe GES
SOME	Jefe SOME
GRD	Enfermera Jefe GRD

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	4 de 23	

I N D I C E

I. OBJETIVO	05
II. ALCANCE	05
III. APLICABILIDAD	05
IV. ÁMBITO DE RESPONSABILIDAD	05
V. NORMAS GENERALES	06
VI. EXIGENCIAS EN CONTENIDO DE REGISTROS CLÍNICOS Y PROFESIONAL RESPONSABLE	07
1. Ingreso Médico	07
2. Protocolo Operatorio	07
3. Protocolo de Anestesia	08
4. Evolución Diaria de Paciente Hospitalizado	09
5. Epicrisis	09
6. Registro Consulta Ambulatoria	10
7. Registro de Atención de Urgencia	10
8. Hoja de Atención de Enfermería/Matronería	11
9. Ficha de Ingreso/Egreso Transitorio para Procedimiento Pediátrico	13
10. Interconsultas	13
11. Historia Clínica Perinatal	14
12. Formulario de Constancia Información al Paciente GES	15
13. Informe Proceso Diagnóstico	15
14. Formulario de Solicitud de Intersonsulta o Derivación de Patología GES	16
VII. EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO	17
VIII. ANEXO: Hoja Registros Anestésicos	18
IX. BIBLIOGRAFÍA	21
X. REGISTRO HISTÓRICO CONTROL DE CAMBIOS	22

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	5 de 23	

I. OBJETIVO

Definir y estandarizar los requisitos mínimos que se deben considerar en el llenado de los registros clínicos de uso común en Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo de la Institución.

II. ALCANCE

Todos los funcionarios que se desempeñan en el CR Pabellón Quirúrgico y Anestesia, CR Unidad de Paciente Crítico Adulto, CR Médico, CR Quirúrgico, CR Infantil (Pediatría), CR de la Mujer (Obstetricia-Ginecología), Consulta de Especialidades en Adulto, Infantil y De la Mujer, Unidad de Emergencia Hospitalaria General y Urgencia Gineco-Obstétrica.

III. APLICABILIDAD

Ante el uso de los registros clínicos detallados en la presente Norma.

IV. ÁMBITO DE RESPONSABILIDAD

Profesional que realiza la prestación: Registrar de manera legible y fidedigna los datos exigibles de cada registro clínico detallado en esta norma los cuales son relevantes para la atención del paciente.

Jefes de Servicios clínicos o Unidades de Apoyo y Supervisores: Difundir la norma y supervisar el cumplimiento de ésta en sus respectivos registros clínicos según corresponda.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	6 de 23	

V. NORMAS GENERALES

- Los REGISTROS CLINICOS son todos aquellos documentos que contienen información del paciente y las acciones y/o procedimientos que se le han realizado, por lo que siempre deben incorporarse a la ficha clínica; los Datos de Atención de Urgencia (DAU) se incorporarán sólo en caso de que el paciente que consulta en la Unidad de Emergencia se hospitalice.
- Es obligación de los Jefes y Profesionales Supervisores de Servicios/Unidades asegurar que las normas generales y contenidos mínimos y obligatorios a llenar en cada uno de los registros clínicos sean conocidos y cumplidos por los funcionarios.
- Todos los registros deben efectuarse con letra clara, legible, y sin uso de abreviaturas.
- Deben contener fecha, nombre, apellidos y RUT del paciente, y nombre, apellido (escrito a mano o con timbre) y firma del responsable del registro.
- La exactitud, veracidad y oportunidad de los registros consignados en los documentos de uso clínico, son responsabilidad de la persona que efectúa la prestación.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	7 de 23	

VI. EXIGENCIAS EN CONTENIDO DE REGISTROS CLÍNICOS Y PROFESIONAL RESPONSABLE

1. Ingreso Médico

Documento que se efectúa al momento de hospitalizar a un paciente.

En las hospitalizaciones programadas dicho documento se debe elaborar con antelación a la hospitalización en la consulta ambulatoria o en la jornada hábil siguiente al ingreso del paciente quirúrgico de lista de espera.

Los registros obligatorios que debe contener el Ingreso médico:

- Identificación del paciente: nombre, dos apellidos, y RUT.
- Fecha del ingreso.
- Anamnesis.
- Examen físico general y segmentario.
- Hipótesis diagnóstica o diagnóstico de ingreso.
- Plan de manejo.
- Identificación del Profesional: Nombre, apellido y firma del Médico.

Responsable del registro: Profesional Médico

2. Protocolo operatorio

Documento en el que se registra la información relevante del acto quirúrgico.

Los requisitos mínimos y obligatorios a llenar:

- Nombre completo del paciente (nombre y dos apellidos).
- Edad.
- RUT.
- Fecha y hora de la cirugía.
- Diagnóstico preoperatorio.
- Operación propuesta
- Diagnóstico preoperatorio.
- Operación practicada.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	 Hospital Clínico MAGALLANES
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	8 de 23	

- Tipo de anestesia.
- Detalle operatorio.
- Nombre, apellido y firma del Cirujano.
- Nombre y apellido del Anestesiólogo.

Responsable del registro: Médico Cirujano

3. Protocolo de anestesia

Documento para el registro del acto anestésico efectuado durante el proceso quirúrgico.

Los requisitos obligatorios a completar:

- Nombre y dos apellidos del paciente, registrado en la primera página (Evaluación Pre-Anestésica) de la Hoja de Registros Anestésicos (Ver anexo).
- RUT del paciente, registrado en la primera página (Evaluación Pre-Anestésica) de la Hoja de Registros Anestésicos.
- Fecha y hora.
- Edad.
- Clasificación ASA.
- Fármacos utilizados.
- Identificación del Médico Anestesiólogo (a lo menos primer apellido).
- Identificación Médico Anestesiólogo responsable del alta (a lo menos primer apellido).

Responsable del registro: Médico Anestesiólogo

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	9 de 23	

4. **Evolución diaria de paciente hospitalizado**

Documento en el que se registra la condición de salud del paciente. Debe efectuarse al menos una vez al día en jornada hábil, y cada vez que la condición clínica del paciente lo amerite, e incorporarse diariamente en la ficha clínica.

Los requisitos mínimos y obligatorios a llenar:

- Fecha de la evolución.
- Hallazgos clínicos relevantes.
- Plan de manejo y/o indicaciones.
- Identificación del Médico (nombre, apellido y firma)

Responsable del registro: Médico

5. **Epicrisis**

Documento en el que se resume la atención clínica recibida por el paciente desde su hospitalización, evolución y condición de egreso. Debe ser entregada al paciente o tutor legal al momento del alta médica, dejando copia en ficha clínica.

Los requisitos mínimos y obligatorios a llenar:

- Identificación del paciente (nombre, dos apellidos y RUT).
- Fecha de ingreso.
- Fecha de egreso.
- Diagnósticos de egreso.
- Resumen de la hospitalización.
- Indicaciones de alta (reposo, régimen, medicamentos).
- Citación a control (lugar).
- Nombre completo (a lo menos nombre y apellido) y firma del Médico o Matrona.

Responsable del registro: Médico o Matrona (en caso de Puérpera de Parto normal)

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	10 de 23	

6. Registro Consulta Ambulatoria

Registro que efectúa el profesional tras la atención de paciente en consulta ambulatoria.

Los requisitos mínimos y obligatorios a llenar:

- Fecha.
- Motivo de consulta.
- Hipótesis diagnóstica o diagnóstico o hallazgos clínicos relevantes.
- Indicaciones y/o tratamiento y/o plan de manejo.
- Identificación del profesional (nombre, apellido y firma).

Responsable del registro: Profesional que realiza la atención.

7. Registro de Atención de Urgencia

Documento para el registro de la atención efectuada en la Unidad de Emergencia (UEH) General y/o Gineco-Obstétrica.

a. **Los requisitos mínimos y obligatorios a completar a la llegada del consultante a la Unidad de Emergencia Hospitalaria:**

- Fecha de atención.
- Hora de llegada del consultante a la Unidad de Emergencia.
- Identificación completa del consultante (nombre, dos apellidos y RUT).

Responsable del registro: Personal Administrativo

b. **Los requisitos Mínimos y Obligatorios a considerar durante la categorización:** En la Unidad de Emergencia General

- Categorización según ESI (Índice de severidad de la Emergencia)
- Motivo de consulta.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	11 de 23	

En la Unidad de Emergencia Gineco-Obstétrica:

- Categorización.
- Motivo de consulta.
- Registro de presión arterial.
- Registro de pulso.
- Registro de temperatura corporal.

Responsable del registro: Enfermera(o), Matrón(a), Técnico de Enfermería (TENS).

c. Los requisitos mínimos y obligatorios a completar durante la atención:

- Diagnóstico.
- Indicaciones médicas, tratamiento farmacológico y/u otros, si concierne a la atención.
- Firma del Médico.
- En caso de administración de tratamientos farmacológicos: registrar nombre del medicamento, hora, vía de administración, e identificación del responsable.
- En casos de efectuar procedimientos: procedimiento realizado, hora y responsable.

Responsable del registro: Médico, Enfermera, Matrona, TENS, según corresponda.

8. Hoja de atención de Enfermería / Matronería

Es el documento que contiene la información clínica diaria del paciente hospitalizado, evolución, la programación y ejecución de los cuidados de Enfermería/Matronería programados.

a. Antecedentes generales del paciente, los requisitos mínimos y obligatorios a completar:

- Identificación paciente (nombre, dos apellidos y RUT).
- Fecha del día.
- Servicio.
- N° de cama y letra.
- Diagnóstico Médico.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	12 de 23	

- Días de estada desde el ingreso al establecimiento.
- Días post quirúrgico si procede.
- Días de antibioterapia si procede.

Responsable del registro: Enfermera, Matrón (a) o Técnico de Enfermería, según norma interna del Servicio.

b. Respecto a la evaluación y evolución del paciente, los requisitos obligatorios a completar:

- Registro de Ingreso de paciente.
- Plan de atención.
- Evolución diaria de Enfermería y Matronería validada con nombre completo (a lo menos nombre y apellidos) y firma del Profesional.
- Valoración de Riesgo Úlceras por presión
- Valoración de Riesgo de caídas

Responsable del registro: Enfermera(o), Matrón(a)

c. Respecto a las atenciones realizadas, se debe completar:

- Registro de presión arterial, pulso, temperatura corporal.
- Ticket de la ejecución de las actividades de Enfermería programadas (incluye administración de medicamentos).

Responsable del registro: Personal Técnico de Enfermería

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	13 de 23	

9. Ficha de Ingreso/Egreso transitorio para Procedimiento Pediátrico

Este formulario se utilizará en pacientes pediátricos sometidos a exámenes y/o procedimientos, tanto de atención abierta como cerrada, que tengan una duración menor a 24 horas.

Los requisitos mínimos y obligatorios a llenar:

- Nombre completo del paciente (Nombre y dos apellidos).
- Fecha de ingreso.
- Fecha de egreso.
- Peso de ingreso.
- Diagnóstico.
- Tratamiento a realizar.
- Indicaciones.
- Citación a control.
- Nombre completo (a lo menos nombre y apellido) y firma del Médico.

Responsable del registro: Médico

10. Interconsultas

Documento a través del cual el profesional tratante solicita evaluación y/o realización de un procedimiento a otra especialidad.

Debe quedar registro en la ficha clínica de dicha solicitud y el resultado de la evaluación o procedimiento efectuado por el interconsultor.

Los requisitos mínimos y obligatorios a completar en la solicitud de Interconsulta:

- Identificación del paciente (Nombre, dos apellidos y RUT).
- Fecha de la solicitud.
- Servicio o Unidad de origen.
- Diagnóstico.
- Especialidad a la cual se deriva.
- Motivo de la interconsulta / Principal sintomatología.
- Identificación del Profesional solicitante (nombre, apellido y firma).

Responsable del registro: Médico

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	14 de 23	

11. Historia Clínica Perinatal

Documento que se efectúa en el momento en que una gestante ingresa a la Unidad de Parto, por trabajo de parto y/o indicación de cesárea.

Requisitos obligatorios a completar:

- a. Información administrativa:
 - Fecha y hora ingreso.
 - RUN.
 - Nombre completo (nombre y dos apellidos).
 - Domicilio.
 - Teléfono.
 - Edad.
 - Consultorio de control.
- b. Antecedentes Personales (nivel de educacional, pareja estable, antecedentes mórbidos y antropométricos)
- c. Antecedentes obstétricos
- d. Antecedentes Embarazo actual
- e. Datos de Ingreso: Motivo de consulta, profesional que derivó a la paciente.
- f. Signos vitales
- g. Examen obstétrico
- h. Tacto Vaginal
- i. Hospitalización: Destino, Indicaciones.
- j. Diagnóstico
- k. Nombre, apellido y firma del responsable

Responsable del registro: Matróon (a)

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	15 de 23	

12. **Formulario de Constancia Información al Paciente GES**

Documento a través del cual el profesional tratante notifica al paciente la confirmación diagnóstica de una patología incluida en las Garantías Explícitas en Salud (GES).

Requisitos obligatorios a llenar:

- Datos del Médico que notifica: Nombre, apellido, y RUT (en ambas copias).
- Antecedentes del paciente: nombre completo, RUT, dirección y comuna de residencia, teléfono de contacto, y previsión de salud
- Patología GES, confirmación diagnóstica.
- Firma de Profesional Médico que notifica.
- Firma de paciente o representante.
- Firma de persona responsable y/o tutor, con nombre y RUN.
- Fecha y hora de la notificación.

Responsable del registro: Profesional Médico

13. **Informe Proceso Diagnóstico (IPD)**

Formulario a través del cual se descarta la sospecha de una patología GES y/o confirma una patología GES. Debe informarse caso a Unidad GES de acuerdo a lo descrito en "Manual de Procesos Generales de la Unidad GES" institucional vigente.

Requisitos obligatorios a completar:

- Fecha confirmación diagnóstica.
- Datos de usuario nombre, RUT, número de ubicación interna de la ficha clínica.
- Diagnóstico del problema de salud GES.
- Tratamiento y fundamentos del diagnóstico.
- Nombre, apellido y firma del médico (en ambas copias).

Responsable del registro: Profesional Médico

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	16 de 23	

14. Formulario de solicitud de interconsulta o derivación de patología GES

Formulario que se elabora ante la sospecha de ciertas patologías GES (de acuerdo a lo que establecido por el Programa GES). Debe informarse respecto del caso a Unidad GES de acuerdo a lo descrito en “Manual de Procesos Generales de la Unidad GES” institucional vigente.

Requisitos obligatorios a completar:

- Fecha de solicitud.
- Datos del paciente: nombre y apellidos, RUT, número de ubicación interna de la ficha clínica.
- Diagnóstico del problema de salud GES.
- Tratamiento y fundamentos del diagnóstico.
- Nombre, apellido y firma del médico (en ambas copias).

Responsable del registro: Profesional Médico

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	17 de 23	

VII. EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO

El Indicador a evaluar, Fórmula de cálculo, Umbral requerido, periodicidad y Metodología de evaluación se encuentra en “Ficha Indicador Registros Clínicos” Reg 1.2.

 Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	 Hospital Clínico MAGALLANES
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	18 de 23	

VIII. ANEXO

Hospital Clínico MAGALLANES		C.R. Pabellones Quirúrgicos y Anestesia	
Hoja Registros Anestésicos			
EVALUACION PRE ANESTESICA			
NOMBRE: (nombre y apellidos)	DIAGNOSTICO:		
RUT:	CIRUGIA:		
Edad:	Peso:	Talla:	CF: 1 2 3 4
			Ayuno: Grupo RH:
ANTECEDENTES: ☐ SI ☐ NE ☐ HTA ☐ DM ☐ Angor ☐ IAM ☐ ICC ☐ Arritmia ☐ EPOC ☐ Asma ☐ Nefropatía ☐ Neurologico ☐ Coagulopatía ☐ Otros: ☐ Tabaco ☐ OH y drogas ☐ Quirúrgicos: ☐ ALERGIAS: ☐ Fármacos:		EXAMEN FISICO: ☐ SI ☐ NE ☐ VIA AEREA DIFICIL Conciencia y neurológico: PA: FC: FR: Tº: Cardíaco: Pulmonar: Otros: LABORATORIO: ☐ NE Hto / Hb: Pla: PT/ INR: TTPK: Crea/ BUN: Glic: K+: ECG: Otros:	
ASA 1 2 3 4 5 E PLAN ANESTESICO: ☐ GENERAL ☐ ESPINAL ☐ T.I.V.A ☐ EPIDURAL ☐ SEDACION ☐ BLOQUEO ☐ LOCAL Y MONITOREO MONITOREO: ☐ NO INVASIVO ☐ INVASIVO POST-OP: ☐ URPA ☐ UTI ☐ UCI		CONSENTIMIENTO ANESTESICO: ☐ SI ☐ NO Comentarios (riesgo, evaluaciones, indicaciones)	
ANESTESIOLOGO (nombre y apellido)		Fecha / Hora	

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	19 de 23	

UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL

Característica	REG 1.2
----------------	---------

[illegible]

PROTOCOLLO ANESTESICO INTRAOPERATORIO

FECHA :

[illegible]

 Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	 Hospital Clínico MAGALLANES
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	20 de 23	



EVALUACION RECUPERACION POST-ANESTESICA

INGRESO:								
CONTROLES:								
Hora	SpO2	PA	FC	FR	Tº	EVA	Bloq.Motor	Vómitos
OBSERVACIONES:			INDICACIONES: (hora, fármaco, dosis, vía, responsable)					
EGRESO: condiciones según protocolo			ANESTESIOLOGO (nombre, apellido y firma):					
HORA: DESTINO: ☐ SALA ☐ UCA ☐ UTI ☐ UCI ☐ URGENCIA			Responsable Alta: Responsable Traslado:					

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	21 de 23	

IX. BIBLIOGRAFIA

- Manual de Procedimientos SOME, aprobado por Resolución N° 926 del 14/06/89 del MINSAL.
- Decreto Supremo N° 161 del MINSAL que fija Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas.
- Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.
- Ley N° 19.966 Sobre Régimen de Garantías Explícitas en Salud.
- Ley N° 19.628 del 28/08/1999, Sobre Protección de la Vida Privada.
- Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria.
- Código Penal.
- Dictamen N° 30822 del 25/08/0998 de Contraloría General.
- Dictamen N° 47022, Contraloría General de la República, 06/12/2000.
- Carta de Derechos de los Pacientes formalizada por FONASA.
- Documento “Instructivo sobre manejo y confidencialidad de la Ficha Clínica” del Colegio Médico de Chile.
- Documento “Ficha Clínica” elaborado por Hospital y CRS El Pino del Servicio Metropolitano Sur.
- Documento “Marco Legal sobre Ficha Clínica”, elaborado por Asesoría Jurídica del ISP de Chile.
- Instructivo sobre administración de fichas clínicas” Departamento de Auditoría Servicio Salud Valdivia, actualización año2004.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	22 de 23	

X. REGISTRO HISTÓRICO CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Revisado por	Fecha	Cambios Ingresados
0	Dr. Paulo Carrasco EU. Karen Antiquera EU. Jimena Díaz EU. Ana Godoy EU. Joselyn Rebolledo EU. Sandra Villouta Mat. Verónica Cortes	20/08/2013	- Se agrega en Alcance a la Urgencia Obstétrica. - Se elimina de los contenidos mínimos de protocolo de anestesia operación propuesta, tipo de anestesia, tipo de monitoreo, marca de inicio anestesia y término de la cirugía y en identificación del médico anesthesiólogo se deja a lo menos primer apellido. - En evolución diaria se deja sólo firma del Profesional. - Se incorpora epicrisis paciente puerpera y pauta de evaluación. - Se agrega a los contenidos mínimos a evaluar en Hoja de atención de Enfermería días de antibioterapia si procede y se agrega letra al N° de cama. - Se incorpora "ficha ingreso/egreso transitorio para procedimiento" de uso pediátrico en procedimientos ambulatorios. - Se elimina de la pauta de evaluación del DAU: edad, domicilio, frecuencia respiratoria en signos vitales, fecha ultima regla en paciente gineco obstétrica, hora de atención médica, medicamentos administrados, procedimientos realizados por discordancia con los mínimos normados.
1	EU Sandra Villouta B. Mat Verónica Cortés N. EU Priscila Córdova R.	28/09/2015	- Se aclara que para la evaluación del EPA, la identificación del paciente está contenida en la primera hoja de " - Se elimina epicrisis puerpera, quedando sólo una epicrisis aplicable tanto en puerperas como pacientes ginecológicas. - Se modifica contenidos mínimos exigibles en la Historia clínica perinatal. - Se agrega a los contenidos mínimos de "formulario constancia información al paciente GES" datos del establecimiento, datos usuarios, fecha y hora de notificación.

	UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	REG 1.2	
		Versión	3	
	NORMA ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS	Próxima Revisión	Octubre 2021	
		Página	23 de 23	

			- Se incorpora a “Informe de Proceso Diagnóstico IPD” fecha de confirmación, datos del usuario. - En evaluación de cumplimiento, se detalla la metodología utilizada para la evaluación del indicador. Se elimina el indicador % de protocolo operatorio. - Se elimina anexos correspondientes a pautas de evaluación de: protocolo operatorio, hojas de atención de Enfermería, evolución diaria de paciente hospitalizado, ficha ingres/egreso transitorio para procedimientos.
2	EU Mercedes Iglesias M. Dr. Vladimir Moraga L. Dra. Fanny Henríquez V. Dr. Raúl Martínez G. Dra. Soledad Borquez C. EU Ma. Luisa Cárcamo H. Mat. Lorena Navarro S.	11/10/2018	- Se agrega enunciado a cada registro clínico. - En “Registro de Atención de Urgencia” se modifican los requisitos obligatorios a registrar en la categorización de la Unidad de Emergencia General. - Se incorporó “Formulario de solicitud de interconsulta o derivación de patología GES”. - Se retira del documento las pautas de evaluación y el ítem “Evaluación de cumplimiento”, quedando el indicador en “Ficha indicador registros clínicos”.