

## INSTRUCTIVO SOBRE ADMINISTRACION DE FICHAS CLINICAS

### 1.- OBJETIVO DEL INSTRUCTIVO:

Establecer las Normas básicas y criterios comunes para el manejo y confidencialidad de las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en los establecimientos de salud, dependientes del Servicio de Salud Valdivia.

### 2.- CONCEPTO DE FICHA CLINICA:

Para efectos de la aplicación del presente Instructivo se entenderá por Ficha Clínica, aquel 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.

### 3.- BASE LEGAL:

Los antecedentes normativos asociados al manejo de la ficha clínica son:

- Manual de Procedimientos SOME, aprobado por Resolución Exenta N° 926 del 14 de Junio de 1989, del Ministro de Salud, que en su letra F, regula la extensión, archivo, despacho, eliminación y confidencialidad de la Ficha Clínica.
- Ley N° 17.374 que crea el Instituto Nacional de Estadísticas, Arts. 29 y 30, en los cuales se señalan los alcances del "secreto estadístico".
- Código Penal, Arts. 246 y 247 establecen el castigo por infracción al "secreto estadístico".
- Ley 19.937 Ley de Autoridad Sanitaria del Misal, publicada el 24 de Febrero del 2004, que modifica el D.L. N° 2763 de 1979 con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.
- Artículo 4 y siguientes de la LEY N° 19.628 sobre protección de la vida privada o protección de datos de carácter personal.
- Artículo 19, N° 12, de la Constitución Política.
- Decreto Supremo N° 161 del Ministerio de Salud, que fija el Reglamento de Hospitales y Clínicas.
- Resolución Exenta N° 135 de fecha 8 de Marzo del 2006 del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial de fecha 10 de Marzo del 2006, que "establece Normas Técnico-Administrativas para la aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud de la Ley N° 18.469 en la modalidad de atención institucional.

- Resolución Exenta N° 58 del 2006 del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial de fecha 10 de Febrero del 2006, que "Aprueba Normas de carácter técnico, médico y administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud de la Ley N° 19.966".

#### 4.- LEGISLACION SOBRE USOS AUTORIZADOS Y CONFIDENCIALIDAD DE LA FICHA CLINICA:

La Ficha Clínica es el documento más importantes en salud dado que constituye una herramienta de gran valor o utilidad para el paciente, el equipo de salud, los establecimientos, las actividades de docencia, la investigación clínica - científica, efectuar auditorías, para efectos legales, para investigaciones o sumarios administrativos, uso estadístico y epidemiológico, u otras situaciones que deberán ser autorizadas por escrito por el Director del Establecimiento, guardando en todos los casos, toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, el secreto profesional.

En el caso de utilizar fichas clínicas para fines de investigación o docencia, la identidad del paciente siempre deberá tener carácter de reservado.

En este mismo sentido, las fichas clínicas deberán ser resguardadas en un lugar seguro, a fin de evitar su pérdida, violación o uso por personas no autorizadas.

La confidencialidad de la Ficha Clínica esta resguardada por el secreto estadístico basado en los artículos N° 29 y 30 de la Ley N° 17.374, que crea el Instituto Nacional de Estadísticas, en la cual se sanciona la divulgación de hechos, antecedentes o datos estadísticos contenidos en el historial clínico de una entidad de salud estatal en los siguientes términos "*los funcionarios fiscales no podrán divulgar hechos o datos que se refieran a las personas o entidades, de las cuales hayan tomado conocimiento en el desempeño de sus actividades o en razón de su cargo*". El estricto mantenimiento de esta reserva constituye el "secreto estadístico". Los datos estadísticos no podrán ser publicados o difundidos con referencia expresa a las personas o entidades a quienes directa o indirectamente se refieran, si mediare prohibición del o los afectados.

Por otra parte, los artículos N° 246 y 247 del Código Penal, establecen sanciones al empleado público que revela la información confidencial, de que tiene conocimiento en virtud de su cargo o que incurre en infracción al "secreto estadístico".

El Art. N° 61, letra h) de la Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo, y en relación a las obligaciones funcionarias, a su vez dispone "*Guardar secreto en los asuntos que revistan el carácter de reservado en virtud de la Ley, del Reglamento, de su naturaleza por instrucciones especiales*".

La Carta de Derechos de los Pacientes de FONASA, señala que *"todo paciente tiene derecho acceder a la información de su Ficha Clínica y que ésta mantenga su carácter de confidencial"*. El objetivo es que el ejercicio de este derecho permita mejorar la información del usuario en relación a su proceso salud-enfermedad.

De acuerdo con la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada en Chile se entenderá por **datos de carácter personal** o datos personales, los relativos a cualquier información concerniente a personas naturales, identificadas o identificables (artículo 2°, letra f) y por **datos sensibles** aquellos datos personales que se refieren a las características físicas o morales de las personas o a hechos o circunstancias de su vida privada o intimidad, tales como hábitos personales, el origen racial, las ideologías y opiniones políticas, las creencias o convicciones religiosas, los estados de salud físicos o psíquicos y la vida sexual (artículo 2°, letra g); reconociendo por **titular de los datos**, la persona natural a la que se refieren los datos de carácter personal (artículo 2°, letra ñ).

La misma Ley señala en su Artículo 7°, *"las personas que trabajan en el tratamiento de datos personales, tanto en Organismos Públicos como Privados, están obligadas a guardar secreto sobre los mismos, cuando provengan o hayan sido recolectados de fuentes no accesibles al público, como asimismo sobre los demás datos y antecedentes relacionados con el banco de datos, obligación que no cesa por haber terminado sus actividades en ese campo"* y en su Artículo 10° establece *"no pueden ser objeto de tratamiento los datos sensibles, salvo cuando la Ley lo autorice, exista consentimiento del titular o sean datos necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud que correspondan a sus titulares"*.

El Código Sanitario por su parte señala en el Artículo 127 que *"las recetas médicas y análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud son reservados. Sólo podrá revelarse su contenido o darse copia de ellos con el consentimiento expreso del paciente, otorgado por escrito. Quien divulgare su contenido indebidamente, o infringiere las disposiciones, será castigado en la forma y con las sanciones establecidas en el Libro Décimo"*.

El Decreto Supremo N° 161 del MINSAL que fija el Reglamento de Hospitales y Clínicas, establece en su Artículo 17° que: *"todo paciente tiene derecho de recabar la entrega de informes de resultado de exámenes de laboratorio, anatomía patológica, radiografías, procedimientos diagnósticos y terapéuticos (cirugías, endoscopia y otros) en el momento que lo estime necesario y dentro del plazo mínimo establecido"*. Adicionalmente en el Artículo 22° señala que: *"toda información bioestadística o clínica que afecte a personas internadas o atendidas en el establecimiento tendrá carácter reservado y estará sujeta a las disposiciones relativas al secreto profesional. Sólo el Director Técnico del Establecimiento podrá proporcionar o autorizar la*

*entrega de dicha información a los Tribunales de Justicia y demás instituciones legalmente autorizadas para requerirla. Respecto de otras Instituciones sólo podrá proporcionarse información con la conformidad del paciente o entregarse datos estadísticos globales en los que no se identifique a personas determinadas”.*

**5.- CARACTERISTICAS Y REQUISITOS MINIMOS DE LA FICHA CLINICA:**

1. La Ficha Clínica deberá constar, dependiendo de las características del paciente: Ambulatorio u Hospitalizado con un mínimo de información, siendo los registros básicos los siguientes:

- ❖ Carátula o identificación completa del paciente
- ❖ Anamnesis clara, concisa, pertinente y orientadora, entendiéndose como parte del examen clínico que reúne todos los datos personales, hereditarios y familiares del paciente, anteriores a la enfermedad y los antecedentes relevantes de la enfermedad actual.
- ❖ Examen Físico detallado en lo pertinente.
- ❖ Hipótesis diagnóstica de ingreso
- ❖ Evolución Clínica y seguimiento
- ❖ Tratamiento farmacológico e Indicaciones
- ❖ Exámenes y Procedimientos
- ❖ Fecha de cada prestación otorgada
- ❖ Identificación del Servicio o Unidad donde se otorgó la prestación.
- ❖ Nombre y firma del médico tratante

Incorporándose los siguientes elementos en el caso que se trate de pacientes hospitalizados:

- ❖ Hoja de Enfermería
- ❖ Gráfica de Signos Vitales
- ❖ Protocolos Operatorios con descripción del acto quirúrgico, en los casos pertinentes.
- ❖ Comprobante de Parto, si procede
- ❖ Epicrisis entendida como el Informe elaborado por el médico tratante al alta del paciente y las indicaciones post-alta, que sintetice el cuadro clínico y lo realizado. Es decir, que resuma la condición de ingreso del paciente, exámenes, procedimientos y tratamientos indicados, evolución clínica, condición al alta del paciente y las indicaciones post-alta.
- ❖ Diagnóstico de egreso
- ❖ Consentimiento Informado cuando sea pertinente

2. La Historia Clínica deberá ser elaborada con letra clara y legible, quien la utiliza deberá conservar su estructura en forma ordenada, garantizando el resguardo y permanencia de la documentación que la compone.

3. La exactitud y fidelidad de los datos contenidos en la Historia o Ficha Clínica son de responsabilidad de las personas que los registran, por lo tanto es obligación de los profesionales que realizan la prestación registrar la identificación del Servicio o Unidad donde se otorgó la prestación, así como el nombre y firma del médico tratante.
4. Los profesionales tratantes deberán informar a los pacientes, a sus representantes legales o a los familiares de aquellos, sobre el diagnóstico y pronóstico probable de su enfermedad, las medidas terapéuticas o médico-quirúrgicas que se les aplicaron y los riesgos que éstas o su omisión conllevan, para permitir su decisión informada, así como las acciones preventivas que correspondan al paciente o a su grupo familiar.
5. Frente a procedimientos o intervenciones quirúrgicas que requieran Consentimiento Informado, debe quedar archivado en la Ficha Clínica el documento de aceptación, en caso de negativa o rechazo a procedimientos diagnósticos o terapéuticos por parte del paciente o sus representantes **deberá dejarse debida constancia escrita en un documento oficial del Servicio**, en este caso en la Ficha Clínica. (Norma establecida en el Art. N° 34, inciso tercero, Decreto Supremo N° 140, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud).
6. El profesional de salud que confirma una patología con Garantía Explícita, deberá informar al paciente dejando constancia de la entrega de la información en el "Formulario de Constancia Información al Paciente GES" dejando archivada una copia de dicho Formulario en la Ficha Clínica del paciente, según lo establece el Art. N° 24, Título II de la Ley N° 19.966, referido a la obligación de los prestadores de entregar información, respecto de la confirmación diagnóstica de alguno de los problemas de salud contenidos en las Garantías Explícitas en Salud.

### 6.- NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE ACCESO A LA FICHA CLÍNICA.

1. La propiedad física de la ficha clínica pertenece al establecimiento de salud respectivo y es responsabilidad de dicho prestador la reserva de su contenido. No obstante, debe tenerse siempre presente que la titularidad de los datos contenidos en la ficha clínica son del paciente.
2. Ningún tercero que no esté directamente relacionado con la atención de salud del paciente tendrá acceso a la información que emana de la ficha clínica, salvo las excepciones a las cuales se refiere el presente Instructivo.
3. Ninguna historia clínica puede ser entregada al paciente o familiares, sino que será llevada por personal del

establecimiento al policlínico del médico o donde se requiera.

4. Cuando otro establecimiento o entidad requiera de la información clínica del paciente, ésta deberá ser transcrita o reproducida y enviada, vía conducto regular, por intermedio de la Dirección del establecimiento.
5. El titular de la Ficha Clínica, sus representantes legales, su apoderado, un tercero debidamente acreditado y los herederos en caso de fallecimiento, podrán requerir el conocimiento del contenido de la Ficha Clínica y obtener, a su costa, copia de los datos que sean de su interés.  
En el caso de menores de edad, la regla general para tener acceso al contenido de la ficha es acreditar la calidad de padre o de madre del paciente. La excepción esta dada cuando el padre o la madre que tenga la tuición, acredite este hecho mediante la anotación respectiva en el Certificado de Nacimiento y **solicite expresamente**, consignándolo en la ficha clínica, que el padre que no tenga la tuición no tenga acceso a la Ficha Clínica. Respecto de otros parientes o personas que pudieran tener la tuición, deberán acreditarlo mediante la anotación respectiva en el Certificado de Nacimiento.  
Por otra parte, en el caso de pacientes fallecidos, será el cónyuge sobreviviente y los descendientes o ascendientes del fallecido que acrediten este parentesco mediante Certificados de Nacimiento y/o Matrimonio respectivo los que tendrán acceso a la lectura de la Ficha. Al mismo tiempo, tendrán acceso a copia de la misma cuando la voluntad del fallecido en ese sentido conste en la Ficha o en otro documento, o bien acrediten su calidad de herederos a través de copia del Certificado de Posesión Efectiva respectivo.
6. Los pacientes podrán solicitar gratuitamente una copia de los exámenes de laboratorio que se le hayan practicado y, en todo caso, exigir copia de la Ficha Clínica, a su costa, un extracto de la misma y/o un informe (epicrisis) con el diagnóstico de su enfermedad y el tratamiento practicado, especialmente cuando ha habido intervenciones quirúrgicas. Lo anterior podrá ser requerido por el paciente, su representante legal, o por un médico cirujano tratante.
7. Los Tribunales de Justicia, el Ministerio Público, la Defensoría Penal Pública podrán requerir información sobre el contenido de la Ficha Clínica o requerir copia de ésta en los procesos e investigaciones que se instruyan y en los casos en que la información sea relevante para la adopción de las resoluciones del caso.
8. De igual manera, conforme lo establece el artículo 15 del Reglamento por Reclamos en contra de Prestadores Públicos de Salud o sus Funcionarios, aprobado por el Decreto Supremo N°45 del año 2006 del ministerio de Salud, los mediadores en el proceso de mediación regulado por el artículo 43 de la Ley 19.966, podrán requerir los antecedentes que estime necesarios para el éxito del proceso de mediación, incluyéndose dentro de los antecedentes que puede solicitar la ficha clínica de un

- paciente. En la mediación desarrollada ante el mediador designado por el Consejo de Defensa del Estado (para prestadores públicos), en caso de falta de colaboración de parte de algún organismo de la Administración del Estado, centralizada o descentralizada, o de uno de sus funcionarios, tal antecedente será comunicado por el mediador al Consejo, el que deberá poner en conocimiento de la Autoridad correspondiente tal situación a fin de que se tomen las medidas apropiadas para terminar con dicha falta de colaboración.
9. El Ministerio de Salud, la Dirección de Servicio de Salud, Superintendencia de Instituciones de Salud Provisional, La Superintendencia de Seguridad Social, La Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones y los Organismos señalados en el art. 15 del Decreto Ley N° 2.763, de 1979, en los casos en que los datos sean necesarios para fines de seguimiento, estadísticos, de salud pública, de fiscalización, para resolver acerca de la procedencia de determinados beneficios de salud o seguridad social. Respecto de esta última finalidad, la información podrá ser solicitada además, por las Mutuales de Empleadores de la Ley N° 16.744 y por las Instituciones de Salud Previsional.
  10. La información contenida en la Ficha Clínica podrá ser requerida también por entidades o funcionarios facultados o por quienes desempeñen funciones contraloras, de fiscalización, auditoría o inspectivas del Ministerio de Salud, Contraloría, Seremi de Salud, Dirección de Servicio de Salud u Organismos similares.
  11. Respecto a las solicitudes efectuadas por las Compañías de Seguros en materias de liquidaciones de siniestros, el artículo 61 inciso tercero de la Ley de Compañías de Seguros permite el acceso a la información contenida en las fichas clínicas de pacientes que digan directa relación con la ocurrencia de un siniestro. Sin embargo, esta solicitud de información debe referirse a la **certificación sobre los puntos necesarios para practicar la respectiva liquidación** y no un acceso general e indiscriminado a la ficha clínica del paciente, a fin de hacer concordante dicha disposición con el deber de confidencialidad de los datos del paciente.
  12. Con todo, la solicitud debe ser formulada en forma escrita al Director de Servicio o Director del Establecimiento, por el paciente, representante legal, médico tratante u otra instancia que la requiera, identificándose debidamente.
  13. Será responsabilidad del establecimiento de salud hacer entrega de los antecedentes solicitados, en un plazo no superior a 10 días hábiles.
  14. Cada establecimiento debe informar al usuario sobre el procedimiento definido para la solicitud de la información de su ficha clínica y los medios a través de los cuales se le comunicará la respuesta.
  15. En casos de excepción, en que las solicitudes efectuadas por los pacientes o sus representantes, sean presentadas en forma verbal, la entrega o acceso a la ficha clínica

deberá ser autorizada por el Director del Establecimiento y sólo con dicha autorización podrá ser proporcionada, debiendo quedar registro de la solicitud y de la información entregada. Siendo esta una disposición administrativa es factible que dicha facultad sea delegada en la Jefatura de SOME, quién con el propósito de agilizar el acceso del paciente a la información establecerá un mecanismo que contemple el respeto a la presente disposición.

16. Los Tribunales, las personas autorizadas y las Instituciones mencionadas serán responsables de mantener la confidencialidad de su contenido y la identidad del titular de la Ficha Clínica, reservando la información que contiene exclusivamente al uso para el cual se permite su conocimiento.

### 7.- NORMAS BASICAS DE ARCHIVO

1. **Características del Archivo:** en lo posible debe ser único y centralizado. Encontrarse a cargo de un funcionario responsable, designado por Resolución, quien deberá mantener las Fichas Clínicas ordenadas y enumeradas; disponer de buena iluminación; contar con suficientes anaqueles para el archivo de las Fichas y expedito acceso a su ubicación y utilización.
2. **Mantención y Conservación:** formarán parte de las actividades permanentes de la Sección Archivo, el reparar deterioros de las carátulas o el reemplazo por una nueva, manteniendo las advertencias o notas que existan en ellas; archivar en las Fichas todo documento o Informe que corresponda; controlar omisiones, discrepancias o extravíos de documentos cada vez que la ficha clínica vuelva desde la consulta, hospitalización o préstamo, velar por la observancia de las normas legales de la información y uso legal del contenido de la historia clínica.
3. **Procedimientos para archivar:** Clasificar las Fichas según su número identificadorio y ordenarla por secuencia de dígitos, del menor al mayor. Introducir la Ficha Clínica en el lugar que se encuentra el tarjetón de reemplazo, retirando éste simultáneamente; anular registros existentes en el tarjetón de reemplazo para dejarlo en condición de utilizarlo nuevamente.

### 8.- PROCEDIMIENTOS PARA EL DESARCHIVO DE LA FICHA CLINICA

La Dirección de cada establecimiento, a través de su Jefatura de SOME deberá implementar algún sistema o mecanismo que permita diferenciar las Fichas Clínicas que se encuentran temporalmente fuera del Archivo o que han sido entregadas para consulta, hospitalización, investigación, estudios u otro tipo de solicitudes.

De igual modo las Fichas se desarchivarán dejando simultáneamente en su lugar, un tarjetón de reemplazo en el que se consignará el número de Ficha, el Servicio o lugar de destino y la fecha de entrega.

Se clasificarán según el Servicio o profesional al que estén destinadas, disponiéndolas en carpetas previamente identificadas.

### 9.- PROCEDIMIENTOS DE SOLICITUDES Y DESPACHO DE LAS FICHAS CLINICAS

Los procedimientos a utilizar para el despacho de las Historias Clínicas de los pacientes, en cada uno de los siguientes casos:

1. **Paciente nuevo;** recepcionar el tarjetón de reemplazo confeccionado por Admisión, registrar en planilla de control del archivo el número de la Ficha Clínica consignado en el tarjetón y entregar al funcionario encargado todas historias clínicas solicitadas.
2. **Paciente espontáneo:** recepcionar la "petición extra de historia clínica" confeccionada por Admisión antes de la atención del paciente, registrar en planilla de control de archivo el número de la ficha clínica consignado en la solicitud y entregar las fichas solicitadas.
3. **Pacientes citados:** la solicitud deberá efectuarse con 48 horas de anticipación a la fecha de citación del paciente a objeto de entregar todas las fichas clínicas al funcionario responsable de los boxes, con suficiente anticipación a la consulta, anexadas al formulario "registros de citación y control de la historia clínica".
4. **Pacientes Hospitalizados:** enviar las fichas clínicas a Admisión para su distribución a los diferentes Servicios y Unidades.
5. **Investigación o Estudio:** La Ficha deberá solicitarse con 48 horas de anticipación y debe ser entregada directamente al funcionario solicitante, previamente autorizado, contra firma de recepción de registro habilitado para tales efectos, donde quede constancia de la persona que retira la Ficha, domicilio y número de teléfono donde ubicarla, en caso que la Ficha sea requerida por el establecimiento.

### 10.- PLAZO DE DEVOLUCION AL ARCHIVO Y RESCATE DE FICHAS CLINICAS

#### 10.1.- ORIGEN DE LAS SOLICITUDES:

1. **Consulta Médica:** las historias clínicas entregadas a los boxes de consulta médica, deben ser reintegradas al Archivo el mismo día que se utilizó en la consulta, por el funcionario encargado, mediante formulario "registro de citaciones y control de Historias Clínicas", debidamente firmado.
2. **Hospitalización:** la ficha clínica deberá ser devuelta el mismo día que se otorga el alta administrativa al paciente. Los procedimientos asociados a este caso son:
  - ✓ Recepcionar la nómina diaria de egresos y traslados entregados por los funcionarios que hacen el Censo.
  - ✓ Recepcionar las fichas clínicas devueltas por los Servicios y Unidades, registrando en la Nómina, la fecha de la devolución.

- ✓ En los traslados, registrar en el tarjetón de reemplazo respectivo, la fecha y Servicio al que se trasladó el paciente.
- ✓ Verificar con la Nómina diaria de egresos el oportuno reintegro de todas las historias clínicas.
- ✓ Registrar en el tarjetón de reemplazo, en el caso de fichas no reintegradas, la fecha de egreso del paciente consignada en la Nómina y solicitar directamente a los Servicios y Unidades su devolución.
- ✓ En caso de incumplimiento del reintegro señalado, enviar Nómina al jefe de SOME, para que efectúe la solicitud escrita a los Jefes de Servicios y Unidades que proceda.

**3. Investigación o estudio:** en este caso, la ficha clínica debe ser devuelta al archivo en 48 horas si la ficha corresponde a pacientes activos o el 10 días máximo si es de pacientes fallecidos. Expirado dicho plazo, procede la reclamación de las historias clínicas facilitadas. En incumplimiento de ello, notificar al Jefe de SOME, quién las requerirá por escrito a quién corresponda.

Las Fichas Clínicas **siempre** deben ser devueltas al Archivo, una vez atendido o egresado el paciente, constituyendo una prohibición el que se mantengan archivadas en los servicios clínicos, unidades u oficinas de los funcionarios.

### 10.2.- MEDIDAS ADMINISTRATIVAS Y SANCIONES:

En caso de incumplimiento a los plazos antes establecidos para la devolución de las Fichas Clínicas, se establecen las siguientes acciones:

**INVESTIGACION O SUMARIO ADMINISTRATIVO:** en caso de extravío o pérdida de fichas clínicas.

**SUSPENSION DE PRESTAMOS:** en el caso de estudios e investigaciones el plazo fluctuará entre 15 días, 30 días, 6 meses o 1 año, según sea la gravedad de la situación presentada, la que será evaluada por la Jefatura de Some del establecimiento.

Cualquier otro tipo de sanción deberá estar precedida de una Investigación o Sumario Administrativo. No obstante, que la Jefatura del funcionario que no cumpla con los procedimientos establecidos en el proceso de solicitud y devolución oportuna de las Fichas Clínicas al SOME, deberán considerar los hechos informados por la Jefe de SOME en los procesos precalificatorios pertinentes o para efectos de anotaciones de demérito, cuando proceda.

### 11.- TRASLADO DE FICHAS CLINICAS ENTRE ESTABLECIMIENTOS

El traslado de Fichas Clínicas entre establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud incluidos los establecimientos bajo Administración Municipal, necesarias e imprescindibles para la oportuna atención de pacientes que acreditan cambios de residencia, se efectuará directa y **exclusivamente** entre los establecimientos de origen y destino de la documentación citada, atendiendo el siguiente procedimiento:

1. El Director que solicita la Historia Clínica, asume la responsabilidad de constatar el efectivo cambio de domicilio por carácter permanente que aduce el paciente.
2. Verificado lo precedente, formalizará la petición de traslado de la Ficha al Director del Establecimiento que la posee.
3. El Director del Establecimiento de origen formalizará en el mismo documento de petición, la autorización de traspaso, el que remitirá a la SOME para el desarchivo y entrega del o los documentos individualizados separadamente o en Nómina.
4. SOME llevará un medio de registro con numeración correlativa de "Traslado de Fichas o Historias Clínicas" con columnas verticales, donde se consignará la siguiente información de la Ficha que se desarchiva y entrega:
  - \* Identificación del paciente
  - \* Número de la Ficha Clínica
  - \* Fecha de la última atención entregada
  - \* Establecimiento de destino
  - \* Fecha de desarchivo y entrega
  - \* Columna reservada para firma de recepción por la Dirección del establecimiento de origen, la ficha clínica y reintegro de documento en que se solicitó.
5. La Dirección del establecimiento materializará la remisión de lo solicitado al establecimiento de destino en medio sellado y certificado, o, cautelando la integridad y seguridad en el envío por estafeta u otro funcionario, con uso de cuaderno de recepción de destino.

### 12.- TRASLADO DE FICHAS CLINICAS A ESTABLECIMIENTOS DE ISAPRES

Cuando un paciente haya optado por cambiar su atención de salud mediante modalidad ISAPRE, podrá obtener la entrega de **Copia** de su Historia Clínica, mediante solicitud escrita al Director del Establecimiento y demostrando su cambio de afiliación. Cabe agregar que es el **paciente** quien debe solicitar dicha gestión y llevar la copia de su historia clínica a la ISAPRE, dado que ésta no se encuentra facultada para requerir dicha información.

### 13.- TRASPASO DE FICHAS EN CASO DE SEPARACION CONSULTORIO-HOSPITAL.

De existir separación de la atención de hospitalización y atención abierta, trasladando esta última bajo la administración de un Consultorio Municipalizado, procederá el traspaso de las Fichas Clínicas de los pacientes activos.

Dicho traspaso se concretará a través de la emisión de un Acta de Entrega, firmada por los Directores de ambos establecimientos a la cual se adjuntará Nómina detallada de las Fichas Clínicas que se traspasan, la que deberá consignar los siguientes datos mínimos: nombre completo y N° de RUT del paciente, N° de ficha traspasada. El Acta y Nómina se emitirá en original y copia, la primera quedará en poder del establecimiento hospitalario y la copia se entregará al Director del Consultorio Municipal que recibe las fichas.

Los registros asociados a dicha entrega podrán ser manuales o computacionales, salvaguardando en el segundo caso que existan los respaldos pertinentes de la información.

La información del traspaso de la atención y la documentación deberá ser comunicada, en forma oportuna, a los pacientes cuyas fichas serán trasladadas al Consultorio Municipal.

El Establecimiento Hospitalario por su parte deberá normalizar la elaboración o creación de Fichas Clínicas nuevas para los pacientes que sean hospitalizados, los que podrán ingresar por las siguientes dos vías:

**a) Derivado desde el Consultorio:** en este caso el paciente deberá ser derivado con Hoja de Derivación para Hospitalizar que contenga todos los antecedentes mórbidos, información que cobra vital importancia para recabar patologías previas y sus respectivos tratamientos.

**b) Ingresado a través del Servicio de Urgencia;** en este caso corresponderá la elaboración de una completa Anamnesis remota. De ser necesario, cuando el paciente cuente con Ficha Clínica en el Consultorio, el médico tratante podrá solicitar la Ficha Clínica, vía SOME del hospital, utilizando libro de recepción y entrega de fichas o de correspondencia. El traslado de la ficha se hará por medio de estafeta del hospital.

Al momento del alta del paciente, el establecimiento hospitalario emitirá Epicrisis en triplicado consignando los números identificatorios que las fichas pudieran tener en ambos establecimientos, cuya distribución será la siguiente: el original quedará archivado en la Ficha Clínica del hospital, la primera copia se entregará al paciente y la segunda copia se enviará al Consultorio para archivo en la Ficha del paciente administrada por dicho establecimiento de atención.

### 14.- ARCHIVO PASIVO

El Archivo Pasivo de Fichas corresponderá al lugar donde se trasladen y mantengan las Historias Clínicas que estén inactivas por un período superior a 5 años e inferior a 15 años.

Para facilitar el traslado e identificación de las fichas que deban ser clasificadas en este rubro se deberá registrar en la carátula, el último año en que la persona recibió atención.

### 15.- ELIMINACION DE FICHAS O HISTORIAS CLINICAS

Las Historias Clínicas se eliminarán después de 15 años que el paciente no consulte en el establecimiento.

Para tales efectos, la Jefatura de SOME deberá proponer por escrito a su Jefatura inmediata, la eliminación de las Fichas Clínicas, adjuntando Nómina detallada donde se encontrará registrado el nombre completo del paciente, N° de Rut y número identificatorio de las fichas que se eliminan.

El Director del establecimiento dispondrá por Resolución Exenta, de contar con facultades delegadas para ello, la eliminación por incineración de las historias clínicas identificadas en la Nómina, dejándose constancia en Acta levantada al efecto, de la forma en que se ha dado cumplimiento al acto administrativo( Circular N° 28.704 de Agosto de 1981, de la Contraloría General de la República).En caso contrario la Resolución será dictada por el Director de Servicio de Salud.

**Los Directores de establecimientos deberán dar el máximo de difusión al presente Instructivo y el incumplimiento de lo normado, será sancionado de acuerdo a las disposiciones legales vigentes.**

**A su vez, las presentes normas tendrán vigencia, mientras no exista instrucción en contrario, por parte del Ministerio de Salud-**

### **BIBLIOGRAFIA UTILIZADA:**

- \* 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.

### **RESPONSABLE DE LA ELABORACION DEL DOCUMENTO BASE:**

Sra. Marianela Beltrán Espinoza, Jefe Departamento de Auditoría Servicio Salud Valdivia.

### **COLABORARON EN LA REVISIÓN DEL DOCUMENTO:**

- ✓ Sr. Edinson Lara Aguayo: Asesor Jurídico Hospital Base de Valdivia.
- ✓ Sra. Ivonne Alvarado: Jefe de SOME Hospital Base de Valdivia.
- ✓ Sra. Nélide Colin; Coordinación Técnica GES Servicio Salud Valdivia.
- ✓ Dra. Patricia Meneses Ulloa, Directora Hospital de Los Lagos.
- ✓ Sr. Marcos Rosas Leal; Asesor Jurídico del Servicio de Salud Valdivia.