



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE

ARCHIVOS CLÍNICOS

ALICIA BAYUELO

Coordinadora de Archivo Clínico

OBJETIVO

Proporcionar una orientación clara sobre la forma de llevar a cabo en la institución el **registro, manejo, control, custodia, organización y conservación de la Historia Clínica**, y dar a conocer los lineamientos sobre los procedimientos para el acceso a la misma y para el manejo adecuado de los expedientes clínicos.

LA HISTORIA CLÍNICAS ES:

- Es el único documento válido para demostrar el tipo de atención médica que un paciente ha recibido.
- Defiende los derechos fundamentales del paciente.

CARÁCTERÍSTICAS

- ✓ Unidad
- ✓ Integralidad
- ✓ Secuencialidad
- ✓ Racionalidad científica
- ✓ Disponibilidad
- ✓ Legibilidad

HISTORIA CLÍNICA IDEAL

- Completa e Íntegra
- Sustentada, objetiva y veraz
- Legible y Clara
- Diligenciada sin espacios en blanco, borrones, tachones o alteraciones
- Fechada, firmada y con autorizaciones incluidas.

HISTORIA CLÍNICA NO IDEAL

- Con enmendaduras
- Incompleta.
- Soportes clínicos incompletos
- Ilegible.
- Con espacios, borrones, tachones y alteraciones
- Sin datos completos del paciente.
- Etc.

FECHA		HORA	NOTAS DE ENFERMERIA
11-28-15		19	Turismo de 19/07. Que su mamá accedida de parto, aparente paciente tranquilo, consciente, presentado al médico responde en un poco regular. Se observa un regular estado clínico, igualado con Papay Venoso que Walviti que se ordena, las cuales se cumplieron. CSV. Ordenado a su hora por la jefe de turno. Señalar su historia asociada a Gocoph. Durmió bien la noche, no presentó ninguna complicación en especial, se bañó, se cambió, arreglado la herida. Estado a nivel tranquilo, con Papay Venoso. SEV a 4, fucionando. Se continuó a seer y DAS 10% a 30%.
30-3-15		2:00	Torno 2/13 Recibo parte en casa, se encuentra a nivel tranquilo. Se ordena DAS 10% a 30% y SEV a 4, a 30% en el S.O. regular estado en su cama, se le ordena suero y se le motiva.
		8:00	Control de signos vitales, repetidos. Recibo de la orden con agudo.
NOMBRE:		DN:	
EPS:		SERVICIO: infecto int.	CAMA: 7
Elaborado Sugerencia Científica	Revisado Oficina de Gestión de la Calidad	Aprobado Gerencia 35	

RESPONSABILIDAD

- Registro de observaciones en forma oportuna, clara, completa y exacta, sino que además debe revisar los aportes de otras disciplinas de la salud y comentar si los resultados son inesperados.

RECOMENDACIONES

- Cuando la HISTORIA CLÍNICA, sea elaborada por usted esperamos que:
 - Solicitar al médico de planta que firme en señal de aprobación de su contenido.
 - NUNCA tomar fotos, sacar copias.
 - NUNCA sacarlas de los servicios.
 - EVITAR abreviaturas al redactar los reportes.
 - NO dejar espacios en blanco

Portada

T.I.
Carnet No.

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE (s)



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE
HISTORIA CLÍNICA

Fecha

Día	Mes	Año

JA DE ALTA



ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE
Nº 100001001

SISTEMA DE C
HOSP
D

1. APELLIDO	2. APELLIDO	AP
EDAD	SEXO	MUNICIPIO DE TRASL
FECHA DE ADMISION	FECHA DE RESIDENCIA	
NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE		DPTO.
DIAGNOSTICO PROVISIONAL DEL EGRESO ③ DM tipo 2 ④ Obesidad moribida		
TRATAMIENTO Piperacilina - tazobactam, dipiruo, losartan, tencaparina, In		
FECHA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA		
Vo. Bo. CAJA	Vo. Bo. BANCO DE SANGRE	
EGRESO	DIAGNOSTICO DEFINITIVO EN ORDEN DI	
① Erisipela en miembro inferior d ② HTA ③ DM tpo 2. ④ Obesidad moribida.		
NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (En letra)		
CAUSA DEL EGRESO		
ALTA ☒	VOLUNTAD ☐	PERMISO ☐
ESTADO DEL PACIENTE AL EGRESO:		
VIVO ☒	MUERTO ☐	
Elaborado Sugerencia Científica		Revisado Oficina de Gestión

Cod. FP01004

Cod. FP01004

EPICRISIS

 E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE Nº 300-000 100-5		SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EPICRISIS		CODIGO: FECHA: REVISION No. DOCUMENTO CONTROLADO: PAGINA:																																																	
H. CLINICO: Nombres: <u>codari (cesor)</u> Procedencia: <u>CL 22 #10-13</u> Dirección: <u>CL 22 #10-13</u>		SERVICIO: <u>6 piso</u> CAMA No. <u>310</u> EMPRESA: <u>Capo cop</u> Edad: <u>71 A</u> Sexo: <u>F</u> Teléfono:	Código																																																		
I.C. Entrada: <u>1) Dolor abdominal secundario:</u> <u>2) Metastasis hepática.</u> <u>3) Ascitis a tórax.</u>		Dx. Salida: <u>1) Muerte.</u> <u>2) CA en estado terminal.</u>																																																			
Ingreso: <u>21/10/13</u> Hora: <u>9:44</u> Egreso: <u>25/10/13</u> Hora: Estancia: Causa de salida: <u>Destino:</u> Antecedentes: <u>Negativa HTA, DM, refiere haber fumado 40 años en paqueto diario.</u>		Síntesis de la Enfermedad: <u>paciente con cuadro clínico de 6 meses de evolución consistente en epigastrio, con indigestión a hipocostado derecho de pecho, y plano abdominal, asociado a disminución de masa en epigastrio, pérdida de peso, y disminución del apetito de las heces, por lo que consulta a primer nivel donde además se encuentra adenopatías en cadenas regionales de cuello y ganglio de Virchow positivo, se realiza UAC abdominal, se muestra una hepática, Asitis, se realiza dx de CA de tórax torácica, con puntaje a identificar. A la llegada se encuentra al paciente con vitales secundarios secundarios hepatohepática severa, por lo que se cursa repetido de patología IV, con insuficiencia cardíaca de tipo III, esta se prolonga y se debe trasladar a sala general, la paciente continúa con su estado de favorable, con alteraciones de estado de conciencia y patología respiratoria. Se informa a familia la decisión de que la paciente se considere no reanimable, se afianza cuando se enteran a las 12:45 pm.</u>																																																			
<table border="1"> <tr> <td>Hemograma</td> <td>N. Ureico</td> <td>C. y Antibiograma</td> <td>Citología</td> <td>Patología</td> </tr> <tr> <td>V. Sedimentación</td> <td>Coprologico</td> <td>Bilirrubinemia</td> <td>Inmunológicos</td> <td>Rx Simple</td> </tr> <tr> <td>H. Clasificar</td> <td>Falcoforma</td> <td>Transaminasas</td> <td>VIH</td> <td>Rx Contrastada</td> </tr> <tr> <td>P. Cruzada</td> <td>Proteinograma</td> <td>P. Lipidico</td> <td>E. Cardiograma</td> <td>Rx. Invasivos</td> </tr> <tr> <td>TPT</td> <td>Electroferesis HB</td> <td>Ext. Sangre</td> <td>Ecocardiograma</td> <td>TAC</td> </tr> <tr> <td>T.P.</td> <td>VDRL</td> <td>Ionograma</td> <td>Doppler</td> <td>R. Magnética</td> </tr> <tr> <td>R. Plaquetas</td> <td>Widal</td> <td>G. Arteriales</td> <td>E. Encefalograma</td> <td>Ecografía</td> </tr> <tr> <td>Glicemia</td> <td>Asto</td> <td>Enzimas</td> <td>Biopsia</td> <td>Gammagrafías</td> </tr> <tr> <td>Urianálisis</td> <td>Proteína CR</td> <td>Hormonas</td> <td>Medulograma</td> <td>Baciloscopias</td> </tr> <tr> <td>Creatinina</td> <td>Gram</td> <td>Drogas Séricas</td> <td>Endoscopia</td> <td>Otros</td> </tr> </table>		Hemograma	N. Ureico	C. y Antibiograma	Citología	Patología	V. Sedimentación	Coprologico	Bilirrubinemia	Inmunológicos	Rx Simple	H. Clasificar	Falcoforma	Transaminasas	VIH	Rx Contrastada	P. Cruzada	Proteinograma	P. Lipidico	E. Cardiograma	Rx. Invasivos	TPT	Electroferesis HB	Ext. Sangre	Ecocardiograma	TAC	T.P.	VDRL	Ionograma	Doppler	R. Magnética	R. Plaquetas	Widal	G. Arteriales	E. Encefalograma	Ecografía	Glicemia	Asto	Enzimas	Biopsia	Gammagrafías	Urianálisis	Proteína CR	Hormonas	Medulograma	Baciloscopias	Creatinina	Gram	Drogas Séricas	Endoscopia	Otros	Comentarios de los paraclinicos positivos para el caso si es necesario: Cirugía y/o tratamiento Médico realizado: <u>Control</u> <u>comprobo</u> <u>Metastases</u> <u>trastada</u> Interconsultas y/o Juntas Médicas: <u>Onco General.</u> Complicaciones: <u>paciente en que se declara muerte a las 12:45 pm; en la cual no habia orden de REP, por estado de CA terminal con Kaposki proba 130.</u> Recomendaciones: <u>se declara muerte a las 12:45 pm.</u>	
Hemograma	N. Ureico	C. y Antibiograma	Citología	Patología																																																	
V. Sedimentación	Coprologico	Bilirrubinemia	Inmunológicos	Rx Simple																																																	
H. Clasificar	Falcoforma	Transaminasas	VIH	Rx Contrastada																																																	
P. Cruzada	Proteinograma	P. Lipidico	E. Cardiograma	Rx. Invasivos																																																	
TPT	Electroferesis HB	Ext. Sangre	Ecocardiograma	TAC																																																	
T.P.	VDRL	Ionograma	Doppler	R. Magnética																																																	
R. Plaquetas	Widal	G. Arteriales	E. Encefalograma	Ecografía																																																	
Glicemia	Asto	Enzimas	Biopsia	Gammagrafías																																																	
Urianálisis	Proteína CR	Hormonas	Medulograma	Baciloscopias																																																	
Creatinina	Gram	Drogas Séricas	Endoscopia	Otros																																																	

Cod. FP01025

ASISTENTE CÓDIGO Y SELLO

ÓRDENES MÉDICAS

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE
NIT.900 042 103 - 5
ORDENES MEDICAS

FECHA: 10/04/2015	APELLIDOS Y NOMBRES	EPS	SERVICIO	CAMA
HORA:				

MEDICAMENTOS Y PRESENTACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	CANTIDAD
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

OTRAS ORDENES

FIRMA, SELLO Y REGISTRO MEDICO
Original Historia Clínica, Copia a Farmacia

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE
NIT.900 042 103 - 5
ORDENES MEDICAS

FECHA: 10/04/2015	APELLIDOS Y NOMBRES	EPS	SERVICIO	CAMA
HORA: 06:30		coosul	Polis	298

MEDICAMENTOS Y PRESENTACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	CANTIDAD
1 Hospitalizado		
2 Dieta hipoglucida - hipograsa		
3 Insulin Vial 50		
4 Omprazol 20 mg U.O en ayunas		
5 Piroxicam 20 mg U.O en ayunas		
6 Sulfato fmo 80		
7 Encapana 60 mg se c/12hr		
8 Paracetamol 300mg U.O c/12hr		
9 Paracetamol 10 mg U.O c/12hr		

OTRAS ORDENES

Sulfato fmo 80 300 mg U.O c/12hr

FIRMA, SELLO Y REGISTRO MEDICO
Original Historia Clínica, Copia a Farmacia

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE
NIT.900 042 103 - 5
ORDENES MEDICAS

FECHA: 12/04/2015	APELLIDOS Y NOMBRES	EPS	SERVICIO	CAMA
HORA: 07:40		coosul	Polis	298

MEDICAMENTOS Y PRESENTACION	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	CANTIDAD
1 Hospitalizado		
2 Dieta hipoglucida - hipograsa		
3 Insulin Vial 50		
4 Omprazol 20 mg U.O en ayunas		
5 Piroxicam 20 mg U.O en ayunas		
6 Encapana 60 mg U.O c/12hr (PS)		
7 Encapana 60 mg se c/12hr		
8 Paracetamol 300mg U.O c/12hr		
9 Paracetamol 10 mg U.O c/12hr		

OTRAS ORDENES

Encapana en ayunas y 12hr por

FIRMA, SELLO Y REGISTRO MEDICO
Original Historia Clínica, Copia a Farmacia

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

EVOLUCIONES MÉDICAS

CÓDIGO: FOR-HCL-012

FECHA:

REVISIÓN No.

DOCUMENTO
CONTROLADO:

PAGINA:

Nombre y Apellidos: Don Fernando Mora - Identificación (HC): 9097273

EPS: Crescent SERVICIO: J. Foralberto CAM: 266

[illegible]

Nota: Empezar por la fecha y hora y al finalizar coloque firma y sello.

Elaborado

Sugerencia Científica

Revisado

Oficina de Gestión de la Calidad

Aprobado

Gerencia

Impreso por: JCP Impresores Tel.: 66451130 - 6641179 Cod 030

EVOLUCIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE
NIT.900 042 103 - 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, E, mayor de edad e identificado (a) con
cédula de ciudadanía No. 10.123.456, con domicilio en la ciudad de
Cartagena, dirección 1234 y teléfono 314 567 890;
actuando como representante legal del (la) paciente Paula,
identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 10.123.456, con domicilio en
la ciudad de Cartagena, dirección 1234 y teléfono 314 567 890.

DECLARO

Que luego de la explicación realizada por el Dr. [Redacted],
acerca del estado y pronóstico clínico de mi representado, y de todas las
aclaraciones realizadas por dicho doctor, el cual ha realizado respuestas
comprensibles para mí, AUTORIZO a realizar todos los procedimientos,
intervenciones o actividades que él u otro médico del Hospital Universitario
del Caribe, consideren pertinente para el tratamiento integral de mi
representado, tratamiento que puede cambiar o variar dependiendo de la evolución
del paciente y del concepto del médico tratante.

Autorizo también a tomar fotografías y videos en el caso que sean de interés y
utilidad científica, siempre y cuando se garantice el más absoluto respeto a la
intimidad y anonimato.

Autorizo también la presencia de estudiante de medicina y especialistas en
formación durante el tratamiento.

En Cartagena de Indias a los 13 días del mes de Julio de 2008

Firma del Representante del Paciente

Firma del Médico

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las
consecuencias de mi decisión:

Firma del Representante del Paciente

Firma del Médico

Firma del Testigo

Impreso por: JGP Impresiones Tel: 6545130 - 6541178 Ccl 006



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE
NIT.900 042 103 - 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, [Redacted], mayor de edad e identificado (a) con
cédula de ciudadanía No. 10.123.456, con domicilio en la ciudad de
Cartagena, dirección 1234 y teléfono 314 567 890;
actuando como representante legal del (la) paciente Paula,
identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 10.123.456, con domicilio en
la ciudad de Cartagena, dirección 1234 y teléfono 314 567 890.

DECLARO

Que luego de la explicación realizada por el Dr. [Redacted],
acerca del estado y pronóstico clínico de mi representado, y de todas las
aclaraciones realizadas por dicho doctor, el cual ha realizado respuestas
comprensibles para mí, AUTORIZO a realizar todos los procedimientos,
intervenciones o actividades que él u otro médico del Hospital Universitario
del Caribe, consideren pertinente para el tratamiento integral de mi
representado, tratamiento que puede cambiar o variar dependiendo de la evolución
del paciente y del concepto del médico tratante.

Autorizo también a tomar fotografías y videos en el caso que sean de interés y
utilidad científica, siempre y cuando se garantice el más absoluto respeto a la
intimidad y anonimato.

Autorizo también la presencia de estudiante de medicina y especialistas en
formación durante el tratamiento.

En Cartagena de Indias a los 13 días d

Firma del Representante del Paciente

Firma del Médico

Firma del Testigo

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las
consecuencias de mi decisión:

Impreso por: JGP Impresiones Tel: 6545130 - 6541178 Ccl 006

*Favor anotar
H.C. de
paciente.*



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE
NIT.900 042 103 - 5

DECLARACION DE RETIRO VOLUNTARIO

NOMBRE: [REDACTED] IDENTIFICACION: [REDACTED]

EDAD: 37 SEXO: M EPS: Coos Salud MEDICO: [REDACTED]

FECHA: Enero 26/2015 HISTORIA CLINICA: [REDACTED]

El (la) suscrito (a) [REDACTED] (Nombre del paciente o del responsable del retiro)

Declara que habiendo sido debidamente informado (a) sobre los riesgos y posibles complicaciones de salud que implica el retiro voluntario de esta institución

Bajo mi propia responsabilidad decido abandonarla y en consecuencia, declaro que ni la institución ni su personal serán responsables en caso de complicación.

Firma: [REDACTED]

C.C.: 22805714 expedida en: Cartagena

Zaragocilla, Edificio Universitario del Caribe calle 29 # 50-50, Teléfonos: 6726016 - 6726017

RETIRO DE ALTA VOLUNTARIA

SANCIONES

La entrega de una HISTORIA CLINICA a entidades o personas distintas ... sin autorización del paciente, **acarrea graves problemas legales a quien la suministra**. (Ley 23 de 1981)

QUIÉNES TIENEN ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

- El Paciente
- El Equipo de salud prestador del servicio.
- Las autoridades judiciales, de salud y sólo personas determinadas por la Ley.



GRACIAS