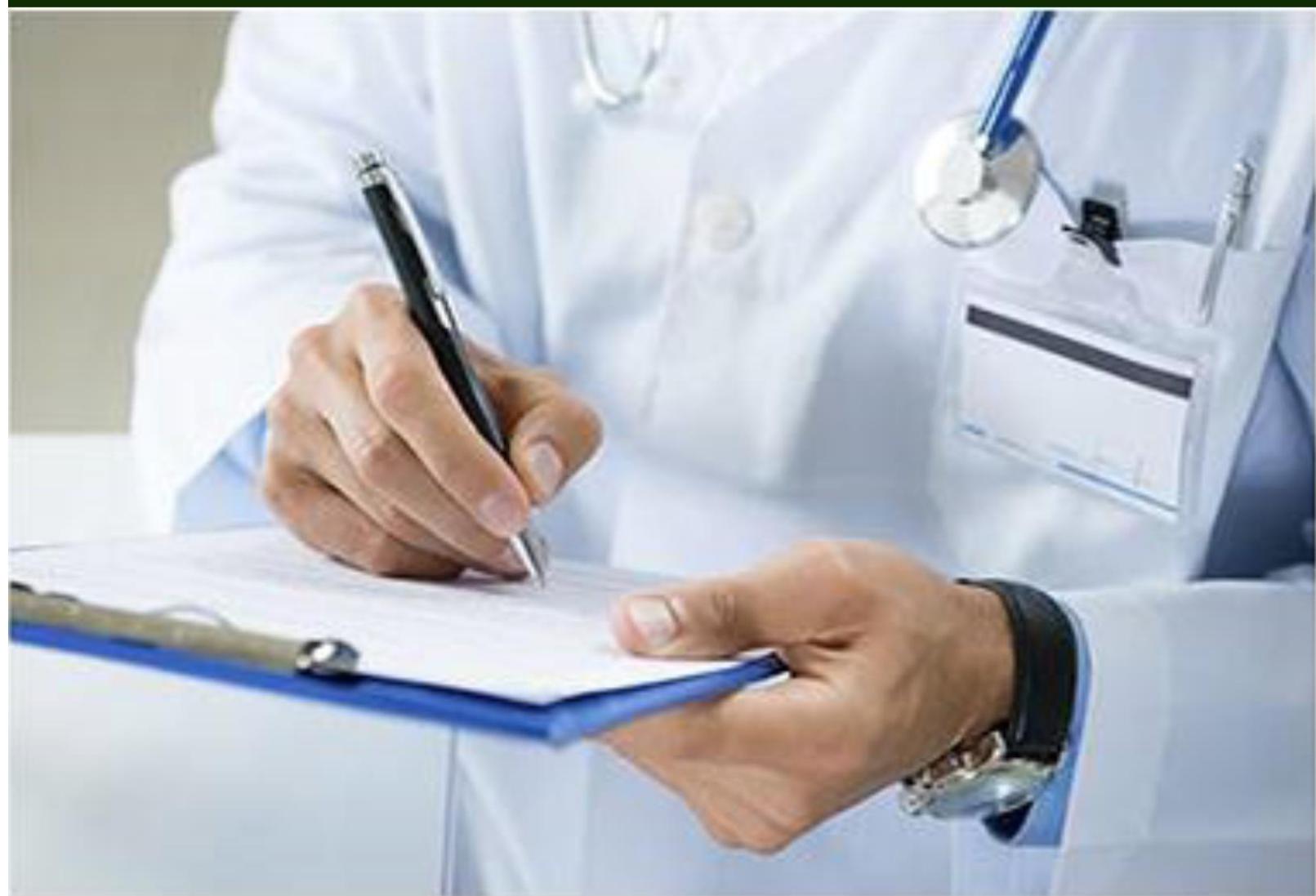




REGLAMENTO DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



SEDES - La Paz
BOLIVIA

REGLAMENTO DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

ELABORACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN

Dr. Ramiro Walter Narváez Fernández

Director Técnico SEDES La Paz

Dr. Edwin Ramiro Copaga Alarcón

Jefe Unidad Asesoría Jurídica

Dr. Rafael Jesús López López

Responsable de Análisis Jurídico

Dr. Marcelo Hugo Galarreta Tarqui

Jefe a.i. Unidad de Planificación y Desarrollo Organizacional - SEDES La Paz

Lic. Rosio A. Gemio Espinoza

Responsable de Desarrollo Organizacional y Planificación Estratégica SEDES La Paz

Lic. Velka Sánchez Zabalaga

Jefe Unidad de Comunicación - SEDES La Paz

Nelson Pérez Loayza

Diseñador Gráfico - SEDES La Paz

AUTORES:

Dr. Rubén Héctor Narváez Gonzales

Responsable Auditoría Médica SEDES La Paz

Lic. Lidia Ayaviri Céspedes

Responsable de Vigilancia de la Calidad SEDES La Paz

Dra. Julia Norah Paucara Coarite

Responsable Acreditación SEDES La Paz

Dra. Lourdes Murillo Cuentas

Dra. Elfride Cardozo Ledezma

Dr. Tito Cuchallo Pradel

Dra. Vilma Raquel Mamani Mita

Dra. Ana Gómez Vela

Dr. Francisco Macuaga Centellas

Dra. Jaqueline Ballesteros Quispe

Dra. Ninfa Vargas Tancara

CONTENIDO

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES	9
ARTICULO 1. (Objeto).....	9
ARTICULO 2. (Ámbito de aplicación)	9
ARTICULO 3. (Alcance).....	9
ARTICULO 4. (Marco legal).....	9
ARTICULO 5. (Principios).....	10
CONFIDENCIALIDAD.....	10
EQUIDAD.....	10
CONFIABILIDAD.....	11
TRANSPARENCIA.....	11
ARTÍCULO 6. (Objetivos)	11
Objetivo general:	11
Objetivos específicos:.....	11
ARTÍCULO 7. (Definiciones).....	11
Carpeta familiar.	12
Sesión clínica.	12

CAPITULO II

TIPOS DE EXPEDIENTE CLINICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	15
ARTICULO 8. (Características del expediente clínico en primer nivel de atención).....	15
ARTÍCULO 9. (Tipos de expediente clínico).....	15
ARTICULO 10. (Expediente clínico de consulta externa).....	15
Sección 1	16
Sección 2.....	16
ARTICULO 11. (Expediente clínico para paciente con tuberculosis)	17
ARTICULO 12. (Expediente clínico de atención de parto)	18
ARTICULO 13. (Registro de atención de pacientes de emergencia y urgencia).....	20

CAPITULO III

CONTENIDO DEL EXPEDIENTE CLINICO	23
ARTÍCULO 14. (Contenido general).....	23
ARTICULO 15. (Contenido específico).....	23
1) Historia Clínica.....	23
2) Hojas de evolución de consulta externa	23
3) Hoja de enfermería de atención ambulatoria.....	24
4) Formularios de programas específicos.....	24
5) Norma de Atención Integrada al Continuo del Curso de la vida	24
6) Formulario de solicitud de exámenes auxiliares (laboratorio, ecografía, radiografía, otro)	25
7) Formulario de resultado de exámenes auxiliares (laboratorio, imagenología, gabinete y servicio de sangre segura).....	25
8) Formulario de referencia	26
9) Formulario de contrareferencia.....	26
10) Formulario de transferencia interna.....	27
11) Consentimiento informado	27
12) Informes de auditorías médicas internas	27
13) Certificado médico	27
14) Informes de juntas médicas	27

15)	Certificado de defunción	28
16)	Recetario recibos	28
17)	Historia clínica odontológica	28
18)	Hoja de evolución de consulta externa odontológica.....	28
19)	Recetario recibo de atención odontológica	29
20)	Expediente clínico del paciente con tuberculosis	29
21)	Ficha de tratamiento.	29
22)	Formulario de referencia o transferencia de pacientes con tuberculosis.....	29
23)	Formulario de consentimiento informado, sobre los derechos y responsabilidades del paciente con tuberculosis (según formato del programa)	29
24)	Formulario de consentimiento informado para realizar la Prueba de VIH	30
25)	Ficha de tratamiento preventivo (quimioprofilaxis).....	30
26)	Ficha de reacciones adversas debidas a fármacos antituberculosos (RAFA).....	30
27)	Hoja de interconsulta y seguimiento de Nutrición.....	30
28)	Ficha de seguimiento por Trabajo Social.....	30
29)	Historia clínica de internación obstétrica.....	31
30)	Historia clínica perinatal.....	31
31)	Hoja de enfermería de registro de signos vitales.....	31
32)	Notas de evolución y tratamiento de enfermería de paciente internada.....	31
33)	Kardex de enfermería	32
34)	Partograma.	32
35)	Protocolo de atención del parto.	32
36)	Historia clínica del recién nacido.....	32
37)	Formulario del Continuo para recién nacido.....	33
38)	Formulario de detección de cardiopatías congénitas por oximetría de pulso.....	33
39)	Certificado médico de nacido vivo.....	33
40)	Epicrisis.....	34
41)	Nota de alta.....	34
42)	Nota de alta solicitada.....	34
CAPITULO IV		
PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN		
ARTÍCULO 16. (Responsabilidad del manejo del expediente clínico).....		
ARTÍCULO 17. (Procedimiento para el manejo del expediente clínico en consulta externa).....		
ARTÍCULO 18. (Procedimiento para el manejo del expediente clínico de pacientes con tuberculosis).....		
a) Pacientes referidos con diagnóstico de tuberculosis, de otros establecimientos.....		
b) Pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en el establecimiento de salud		
ARTÍCULO 19. (Procedimiento para el manejo del expediente clínico de paciente en trabajo de parto, atención de parto, recién nacido y puerperio)		
CAPITULO V		
ARCHIVO, CONTROL Y CUSTODIA DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS		
ARTÍCULO 20. (Responsabilidad del archivo de expedientes clínicos).....		
ARTÍCULO 21. (Condiciones físicas de conservación del expediente clínico).....		
ARTÍCULO 22. (Requisitos estructurales).....		
ARTÍCULO 23. (Mobiliario).....		
ARTÍCULO 24. (Protección).....		
ARTÍCULO 25. (Medidas ambientales)		
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....		

REGLAMENTO DEL
**MANEJO DEL EXPEDIENTE
CLÍNICO**
PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1. (Objeto)

La presente disposición tiene por objeto reglamentar el manejo del expediente clínico para el primer nivel de atención en salud del Departamento de La Paz (entendiéndose como tales los puestos de salud, centros de salud con internación, centros de salud ambulatorios, centros de salud integrales, policlínicos, unidades móviles, brigadas, consultorios vecinales). Se aplicará sin perjuicio del cumplimiento de la Norma Nacional de manejo del Expediente Clínico.

ARTICULO 2. (Ámbito de aplicación)

El presente reglamento es de aplicación obligatoria en todas las instituciones de salud públicas o privadas, involucrando a todo el personal que tengan relación directa o indirecta con todas las etapas del manejo del expediente clínico.

ARTICULO 3. (Alcance)

El presente reglamento se aplicará en todo el territorio departamental de La Paz (urbano y rural).

Los criterios, conceptos y procedimientos de este reglamento para el manejo del expediente clínico en establecimientos del primer nivel de atención, son de estricto y obligatorio cumplimiento.

ARTICULO 4. (Marco legal)

Las disposiciones del presente reglamento, se basan en las siguientes normativas legales:

- Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia artículo 39.
- Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, 8 de agosto 2005.
- Ley N° 031 de Autonomías y Descentralización (Andrés Ibáñez), 19 de julio 2010.
- Ley N° 1178, de Administración y Control Gubernamental (SAFCO), 20 de julio de 1990.
-

- Ley N° 004, Lucha Contra la Corrupción Marcelo Quiroga Santa Cruz, 17 de diciembre 2012.
- Ley del Medicamento N° 1737, 17 de diciembre 1996.
- Ley 1152 modificatoria a la Ley N° 475, 20 de febrero 2019.
- Código de Salud, 18 de julio de 1978.
- Decreto Supremo N° 28562, Reglamento de la Ley N° 3131, 22 de diciembre 2005.
- Decreto supremo N° 29601 Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI), 11 de junio 2008.
- Decreto supremo N° 25235; Reglamento de la Ley del Medicamento, 30 de noviembre 1998.
- Resolución Ministerial N° 0348; Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida, 4 de abril 2013.
- Resolución Ministerial N° 0622. Estatutos y Reglamentos del Colegio Médico de Bolivia -Código de Ética y Deontología Médica, 25 de julio 2008.
- Resolución Ministerial N° 0090 Programa Nacional de Calidad en Salud (PRONACS), 26 de febrero 2008.
- Resolución Ministerial N° 0872 Manual técnico del Programa Ampliado de Inmunizaciones, 27 de julio 2015.
- Resolución Ministerial N° 0479 Guía de Buenas Prácticas de Prescripción, 10 de junio 2016.
- Resolución Ministerial N° 0806 Manual Normas técnicas en Tuberculosis. 25 de octubre 2017.
- Resolución Ministerial N° 0715 Norma técnica administrativa y Manual de Aplicaciones Odontológicas, 26 de septiembre de 2017.

ARTICULO 5. (Principios)

Las disposiciones del presente reglamento, tienen base en los siguientes principios:

CONFIDENCIALIDAD. Es la propiedad por la que se garantiza, que la información es accesible solamente a personas autorizadas.

EQUIDAD. Se caracteriza por el uso de la imparcialidad para reconocer el derecho de cada uno, utilizando la equivalencia para ser iguales. Por otro lado, la equidad

adapta la regla para un caso concreto con el fin de hacerlo más justo, tanto para el paciente como para el personal de salud.

CONFIABILIDAD. La confiabilidad, quiere decir que podemos confiar en una persona y asumir que la persona es digna de fe y credibilidad.

TRANSPARENCIA. Es la buena práctica de gestión e implica honestidad, ética y responsabilidad en las acciones de una instancia o institución.

ARTÍCULO 6. (Objetivos)

Constituyen los objetivos del presente Reglamento los siguientes:

Objetivo general:

Adecuar la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico, con el fin de aplicarla en establecimientos de primer nivel de atención del Departamento de La Paz, para contribuir a mejorar la calidad del proceso individual de atención a los pacientes.

Objetivos específicos:

1. Propiciar el cumplimiento de la norma nacional, con la aplicación práctica del manejo del expediente clínico y su ordenamiento de acuerdo a las características de los establecimientos de primer nivel de atención del Departamento.
2. Establecer la elaboración obligatoria y registro correcto del expediente clínico con sus respectivos componentes documentales en todos establecimientos de salud de primer nivel, para coadyuvar a reducir los incidentes o eventos adversos.
3. Establecer las responsabilidades del equipo de salud en el correcto llenado y manejo del expediente clínico, para prevenir situaciones legales que perjudiquen al personal de salud.
4. Sistematizar la conservación y archivo del expediente clínico.

ARTICULO 7. (Definiciones)

Las definiciones válidas para el presente reglamento se encuentran en la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico dada por Resolución Ministerial N° 0090 del 26 de febrero de 2008. Se añaden las siguientes definiciones:

Carpeta familiar: Es un instrumento que permite registrar los eventos más relevantes de salud, las condicionantes de una persona, familia y las determinantes de una comunidad.

Sesión clínica: Una sesión clínica es una discusión entre los miembros del equipo sobre un caso con la aportación de la historia clínica del paciente, para la toma de decisiones o su orientación, o para la actualización de los conocimientos sobre el tema.

CAPÍTULO II

TIPOS DE EXPEDIENTE CLÍNICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

CAPÍTULO II

TIPOS DE EXPEDIENTE CLÍNICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

ARTICULO 8. (Características del expediente clínico en primer nivel de atención)

Se debe tomar en cuenta que los establecimientos de salud de primer nivel tienen como función prioritaria, realizar actividades de promoción, prevención, atención ambulatoria e internación de tránsito; por lo tanto, los pacientes o usuarios pueden retornar varias veces al establecimiento para control o seguimiento. Esto se reflejará en el uso, contenido y ordenamiento del expediente clínico.

ARTÍCULO 9. (Tipos de expediente clínico)

De acuerdo a las características del primer nivel de atención, se identifican los siguientes tipos de expedientes clínicos, diferenciados por los documentos o formularios que deben incorporarse y el orden que deben cumplir, estos son:

Expediente clínico de consulta externa

Expediente clínico de paciente con tuberculosis

Expediente clínico de atención de parto y al recién nacido

Registro de atención a pacientes de urgencia o emergencia.

Cada usuario de un centro de salud, debe tener un solo expediente clínico debidamente identificado, codificado y enumerado.

Los datos obtenidos o recopilados de la atención, deben registrarse en los formatos diseñados en cada sección.

ARTICULO 10. (Expediente clínico de consulta externa)

Es aquel expediente clínico que incluye todos los documentos relacionados con el proceso de atención ambulatoria en los establecimientos de salud de primer nivel de atención.

Los documentos que conforman el expediente clínico de consulta externa y su ordenamiento son:

Sección 1

- 1)** Historia clínica (datos generales y aspectos técnico médicos).
- 2)** Hojas de evolución
- 3)** Hoja de enfermería (registro de administración de medicamentos, vacunas, inyectables, curaciones, evolución, etc.)
- 4)** Formularios de programas (historia clínica perinatal, historia clínica de la no gestante, hojas del continuo, formulario del Programa Rabia, formularios del Programa Tuberculosis, etc.)
- 5)** Solicitud de exámenes auxiliares (laboratorio, imagenología, gabinete)
- 6)** Resultados de exámenes auxiliares.
- 7)** Expediente clínico de atenciones anteriores (historia clínica perinatal, atención de parto, historia de la mujer no gestante, formularios de tratamiento por tuberculosis, etc. si corresponde)
- 8)** Formulario de referencia (si corresponde)
- 9)** Formulario de contrareferencia
- 10)** Formulario de transferencia interna
- 11)** Consentimiento informado (de procedimientos priorizados)
- 12)** Informes de auditorías clínicas internas (si corresponde)
- 13)** Ficha social (si corresponde)
- 14)** Certificado médico (si corresponde)
- 15)** Informes de juntas médicas (si corresponde)
- 16)** Certificado de defunción (si corresponde)
- 17)** Otros documentos (fotocopia del carnet de identidad, croquis de la vivienda, papeleta del Sistema Único de Salud SUS, etc.)
- 18)** Recetario recibos

Sección 2

- 19)** Historia clínica odontológica
- 20)** Hoja de evolución,
- 21)** Consentimiento informado (de procedimientos priorizados)

- 22) Solicitud de exámenes auxiliares (laboratorio, ecografía, radiografía, etc.)
- 23) Resultado de exámenes auxiliares
- 24) Formulario referencia (si corresponde)
- 25) Formulario de contrareferencia
- 26) Formulario de transferencia interna (si corresponde)
- 27) Informes de auditorías clínicas internas (si corresponde)
- 28) Recetario recibo

ARTICULO 11. (Expediente clínico para paciente con tuberculosis)

Debido a que la tuberculosis es una enfermedad endémica de delicado manejo, se debe realizar seguimiento estricto de la evolución del paciente, además de verificar la conclusión del tratamiento y la curación, por lo que, de acuerdo al Programa Nacional, se cuenta con formularios específicos; por lo tanto, se formula el siguiente ordenamiento del expediente clínico.

Una vez concluido el tratamiento, este expediente debe volver al ordenamiento del expediente ambulatorio.

El ordenamiento del expediente clínico para pacientes con tratamiento de tuberculosis, es el siguiente en la Sección 1:

- 1) Ficha de tratamiento
- 2) Historia clínica
- 3) Hojas de evolución
- 4) Hoja de enfermería
- 5) Hoja de nutrición
- 6) Ficha social y hoja de seguimiento de trabajo social
- 7) Consentimiento Informado (para el compromiso de cumplimiento al tratamiento de tuberculosis)
- 8) Consentimiento informado para la prueba rápida de VIH
- 9) Solicitud de estudios bacteriológicos específicos (baciloscopía, cultivo y glicemia)
- 10) Solicitud de exámenes de laboratorio, imagenología, gabinete
- 11) Resultados de estudios bacteriológicos específicos
- 12) Resultados de laboratorio, imagenología, gabinete (resultado de Gene Expert, etc.)

- 13) Nota de alta
- 14) Nota de epicrisis
- 15) Formulario de referencia específico del programa (si corresponde)
- 16) Formulario de contrareferencia (si corresponde)
- 17) Ficha de notificación de reacciones adversas a medicamentos tuberculosos (RAFA) si corresponde.
- 18) Otros documentos (fotocopia del carnet de identidad, croquis de la vivienda, papeleta del Sistema Único de Salud, etc.)
- 19) Recetarios recibos

El ordenamiento del expediente clínico del paciente, en caso de quimioprofilaxis será el mismo, sustituyendo el inciso 1) ficha de tratamiento de tuberculosis, por la ficha de quimioprofilaxis. La Sección 2 seguirá el mismo ordenamiento del expediente clínico de consulta externa.

ARTICULO 12. (Expediente clínico de atención de parto)

El expediente de atención de partos eutócicos o de bajo riesgo en establecimientos de primer nivel de atención, incluye todos los documentos necesarios que reflejen la atención en el periodo de trabajo de parto, periodo de dilatación, periodo expulsivo, alumbramiento, puerperio inmediato y mediato. Posteriormente, estos documentos forman parte del expediente clínico de consulta externa de la paciente.

- A) Ordenamiento del expediente clínico de la paciente en el momento de internación para la atención del parto:
 - 1) Historia clínica de internación obstétrica
 - 2) Historia clínica perinatal
 - 3) Hoja de enfermería para control de signos vitales
 - 4) Hoja de Consentimiento informado
 - 5) Partograma
 - 6) Hojas de evolución e indicaciones médicas
 - 7) Protocolo de atención de parto
 - 8) Formulario del Continuo: Evaluar y clasificar el estado de salud de la madre en el periodo postnatal.

- 9) Hojas de evolución de enfermería y cumplimiento de indicaciones médicas
- 10) Kardex de medicamentos suministrados
- 11) Solicitud de exámenes complementarios (laboratorio, imagenología, gabinete y sangre segura)
- 12) Resultados de exámenes complementarios
- 13) Nota de alta
- 14) Epicrisis
- 15) Historia clínica general (de consulta externa previa)
- 16) Formulario de referencia (si corresponde)
- 17) Formulario de contrareferencia
- 18) Resultado de auditoría interna (si corresponde)
- 19) Certificado médico (si corresponde)
- 20) Otros documentos (Por ejemplo, fotocopia del carnet de identidad, croquis de la vivienda, papeleta del Sistema Único de Salud, etc.)
- 21) Recetarios recibos

B) Ordenamiento del expediente clínico del recién nacido:

- 1) Historia clínica del recién nacido
- 2) Formulario del continuo de atención inmediata al recién nacido
- 3) Hoja de evolución e indicación médica
- 4) Hoja de enfermería de control de signos vitales, evolución y cumplimiento de indicaciones médicas.
- 5) Solicitud de exámenes de laboratorio, imagenología, gabinete, sangre segura
- 6) Resultado de exámenes complementarios
- 7) Formulario de detección de patología cardíaca
- 8) Formulario de referencia específica de patología cardíaca (si corresponde)
- 9) Resultado de auditoría interna (si corresponde)
- 10) Otros documentos (Certificado de nacido vivo)
- 11) Recetario recibo

En caso de que la paciente que acude para la atención de parto tenga un expediente clínico en el establecimiento, se adjuntan al mismo los documentos necesarios para la atención de parto de acuerdo al orden establecido.

Posterior a la atención del parto, el expediente clínico de la paciente debe ser adjuntado al expediente de consulta externa en la sección de atenciones anteriores, establecido en el artículo 10.

ARTICULO 13. (Registro de atención de pacientes de emergencia y urgencia)

En caso de pacientes clasificados como urgencia o emergencia, todos los datos relacionados con la atención serán registrados en los documentos correspondientes al expediente de consulta externa, realizando en caso necesario, la referencia que debe cumplir los preceptos de justificada, oportuna y adecuada con el formulario correctamente llenado.

CAPÍTULO III

CONTENIDO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

CAPÍTULO III

CONTENIDO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

ARTÍCULO 14. (Contenido general)

El expediente clínico integra dos tipos de documentos: asistenciales y administrativos.

El contenido asistencial incluye todos los documentos referidos al proceso salud enfermedad de la persona, durante la consulta en cada uno de sus servicios, atención de urgencias o emergencias, internación de tránsito y seguimiento ambulatorio, avalados por el personal que participa en su atención.

El contenido administrativo incorpora documentos como fotocopia de carnet de identidad, croquis del domicilio, copia de la papeleta del SUS, certificado de nacido vivo, certificado de defunción.

ARTICULO 15. (Contenido específico)

El contenido específico del expediente clínico se desagrega en documentos individuales, lo que otorga a cada uno de ellos, importancia y significación propia. Se tomarán en cuenta los documentos que se aplican a primer nivel, mencionados en artículos precedentes.

1) Historia Clínica. - Es el documento central del expediente clínico donde se registran los datos generales del paciente y sus antecedentes personales, vacunales, familiares, no patológicos, patológicos, riesgo social, antecedentes gineco obstétricos en el caso de la mujer. El registro debe ser actualizado en caso de cambios importantes en los antecedentes del paciente.

2) Hojas de evolución de consulta externa. - Se registra de acuerdo al sistema SOAP (subjetivo, objetivo, análisis y plan), el motivo de consulta, las condiciones actuales de su estado de salud-enfermedad, investigadas y recogidas a través de la anamnesis o interrogatorio y el examen físico general y especial. Concluye estableciendo el diagnóstico presuntivo, diagnósticos diferenciales y una propuesta básica de conducta y tratamiento; firma y sello del médico tratante.

La hoja de evolución incluye el registro de los datos generales del paciente en el encabezado, la fecha y hora de inicio de la atención, signos vitales, firma y sello de enfermería.

3) Hoja de enfermería de atención ambulatoria. - Es el documento donde el personal de enfermería registra procedimientos específicos como administración de vacunas, inyectables, curaciones, en cumplimiento de indicaciones médicas. En el encabezado lleva nombre y apellido del paciente, fecha y hora, el estado del paciente al ingreso al servicio. En caso administración de medicamentos, existe un espacio para anotar el medicamento aplicado, verificando si son: el paciente, dosis, vía, velocidad, horario y medicamentos correctos, fecha de caducidad; información al paciente acerca de los medicamentos que está recibiendo y posibles efectos secundarios, verificación que el paciente no esté ingiriendo otros medicamentos, la respuesta a los medicamentos y otros datos relevantes de la evolución del paciente. Finalmente, firma y sello de la enfermera.

4) Formularios de programas específicos. – Son hojas o formularios definidos por la norma nacional, que deben ser incorporados en el expediente clínico cuando el paciente siga con el tratamiento y/o seguimiento por un programa específico, como Tuberculosis, mordedura de can, Continuo de la Vida, Historia Clínica de la no gestante, Historia Clínica perinatal.

5) Norma de Atención Integrada al Continuo del Curso de la vida. - Se basa en una serie de cuadros de procedimientos que permite que el personal de salud aplique de manera sistemática y ordenada, una serie de acciones basadas en la evidencia, durante la atención. Incluye la detección de signos y síntomas, que permiten realizar clasificaciones y realizar tratamiento oportuno y adecuado. La norma incluye las siguientes **Hojas para la atención sistematizada:**

- Atención integral al adolescente (10 a 19 años).
- Evaluar y determinar riesgo reproductivo en mujeres no embarazadas en edad fértil.
- Evaluar y clasificar el estado de salud de la madre en el periodo postnatal.
- Evaluar la condición al nacer.

- Atención al menor de 7 días que es llevado al establecimiento de salud.
- Atención al niño/a de 7 días a menor de 2 meses de edad.
- Atención al niño/a de 2 meses a menor de 5 años de edad (AIEPI – NUT)
- Verificar el desarrollo del niño de menor de 2 meses de edad.
- Verificar el desarrollo del niño de 2 meses a menor de 5 años de edad.
- Atención al escolar de 5 años a menor de 12 años de edad.
- Evaluar maltrato y/o abuso sexual en niños y niñas (menores de 5 años y de 5 a menores de 12 años).
- Ficha de notificación y referencia maltrato y/o abuso sexual
- Evaluar y clasificar el estado de salud de la persona adulta mayor.
- Formulario de seguimiento nutricional para niños/as de 2 meses a menor de 5 años con desnutrición aguda moderada.

En general, en todos los formularios el responsable de admisión y archivo registra nombre y apellidos completos, fecha. La enfermera anota fecha de nacimiento, edad, peso, talla, temperatura, sexo; realiza y anota evaluación de lactancia materna o de alimentación si corresponde al formulario. El médico responsable de la atención, llena todos los demás espacios. Finalmente, el médico y la enfermera registran su firma y sello en el espacio que corresponde.

6) Formulario de solicitud de exámenes auxiliares (laboratorio, ecografía, radiografía, otro). - Corresponde al Formulario D-8 de Solicitud de exámenes de laboratorio, gabinete o servicios de sangre. El profesional debe realizar el registro completo de acuerdo a norma: datos generales, diagnóstico clínico principal, pruebas solicitadas; finalmente, firma y sello del profesional solicitante, sello del establecimiento, fecha y hora. Se entrega el original y una copia al paciente, la segunda se incorpora al expediente clínico.

7) Formulario de resultado de exámenes auxiliares (laboratorio, imagenología, gabinete y servicio de sangre segura). – Corresponde al formulario D-9 de reporte de resultados, que contiene el informe de los exámenes complementarios realizados al paciente. El responsable debe realizar el registro completo de acuerdo a norma: datos generales, informe, firma y sello del responsable de su ejecución, fecha y hora. Se

entrega al paciente el original; la primera copia se archiva y la segunda se utiliza para trámites administrativos.

Los establecimientos de salud deben implementar formularios de resultados de laboratorio que contengan todas las pruebas específicas que realizan, los valores de referencia y un espacio para registrar los resultados.

8) Formulario de referencia. - Se utiliza en caso de pacientes que tengan que ser derivados a otros establecimientos. Las notas de referencia se elaboran en tres ejemplares (1 original y dos copias); la primera copia se entrega al paciente, la segunda copia queda para el Comité de referencia y el original se incorpora en el expediente. El formulario contiene lo siguiente: Datos generales del establecimiento de salud que refiere, datos generales del paciente, resumen de anamnesis y examen clínico, resultados de exámenes complementarios de diagnóstico, diagnóstico presuntivo, tratamiento inicial, firma del paciente y/o familiar que da el consentimiento informado, motivo de referencia, datos del establecimiento receptor, firma y sello del médico que refiere.

9) Formulario de contrareferencia. - El establecimiento de salud al que se refiere deberá realizar la contrareferencia en el formulario N° 2, que se elaboran en tres ejemplares (1 original y dos copias); la primera copia se entrega al paciente, la segunda copia queda para el Comité de referencia y el original se incorpora en el expediente.

El formulario contiene: Datos del establecimiento al que retorna el usuario: establecimiento de salud, fecha y hora, servicio referente, Red de salud se contactó al establecimiento, nombre de la persona contactada. Identificación del usuario: Nombre y apellido, domicilio, edad; datos clínicos: Días de internación, sexo, peso, temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria; diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso, evolución, complicaciones, exámenes complementarios de diagnóstico, otros exámenes e interconsultas, tratamientos realizados, seguimiento al tratamiento, recomendaciones al paciente. Datos del establecimiento al que se realiza la contrareferencia: Establecimiento de salud, municipio, Red de servicios, nombre de acompañante, familiar y otros, contacto del establecimiento al que se realiza la contrareferencia. Firma y sello del médico tratante, sello del establecimiento, firma y nombre del usuario o acompañante.

10) Formulario de transferencia interna. - Es el formulario a través del cual se solicita valoración por otro servicio del mismo establecimiento, donde se realizarán las valoraciones clínicas o procedimentales que hacen otros profesionales autorizados a solicitud del médico tratante, o de quienes coadyuvan con él en el tratamiento o atención de su paciente. Se registran nombre y apellido del paciente, fecha, motivo de transferencia, conducta realizada, firma y sello del profesional que transfiere.

11) Consentimiento informado. - Un derecho que tiene el paciente, es aceptar libremente y sin presiones que, por necesidad diagnóstica o terapéutica, se practique en su cuerpo procedimientos clínicos, laboratoriales, cirugías menores, previa explicación de quien tenga que practicarlos, con el fin de que el paciente sepa y comprenda cómo serán realizados y cuáles sus beneficios y eventuales riesgos o perjuicios, además de obtener respuesta a sus preguntas o inquietudes. En la práctica, el Consentimiento Informado se lo obtiene con la firma del paciente, tutor o responsable, a través de formularios de diseños variables de acuerdo a los procedimientos que se tengan que realizar, consignándose en la norma correspondiente, modelos básicos de orientación general, en estricta aplicación a la norma de obtención del consentimiento informado.

12) Informes de auditorías médicas internas. - En caso de auditorías internas programadas, se utiliza el formulario de auditorías clínicas internas programadas aprobado por el SEDES La Paz; en caso de auditorías internas especiales, se aplica el formulario de la norma nacional. Una copia del informe se adjunta en el Expediente Clínico.

13) Certificado médico. - Es el informe médico emitido en un formulario vigente, solicitado por el paciente o por su representante legal al responsable del establecimiento, quien instruirá al médico tratante su elaboración en el formulario oficial.

14) Informes de juntas médicas. - Una junta médica consiste en la conformación de un equipo de salud con la finalidad de evaluar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de un paciente, en base al análisis exhaustivo del expediente clínico y la evolución del paciente. Este equipo realizará el informe que incluirán los hallazgos más importantes y el criterio sobre la pertinencia del diagnóstico y tratamiento o la recomendación de modificaciones.

15) Certificado de defunción. - Es un documento obligatorio que extiende el médico de planta tratante del paciente, cuando éste fallece al interior del establecimiento. Obedece a un formulario expreso cuya copia queda en el expediente clínico y siempre que le conste el fallecimiento del paciente o que lo hubiese atendido en sus últimos momentos. En caso de muerte sin asistencia médica, muerte domiciliaria, muerte sospechosa de delito y muerte por violencia, el certificado médico solamente puede ser extendido y firmado por médico forense, después de cumplir procedimientos especiales establecidos por ley.

16) Recetario recibos. - Constituye el documento legal que avala la dispensación bajo prescripción facultativa. Su fin es terapéutico y la emite el personal de salud autorizado en un formulario institucional expreso, que debe ser llenado con letra claramente legible, consignando los siguientes datos: Identificación institucional, nombre completo del paciente, fecha de prescripción, nombre genérico del medicamento prescrito, vía y cuidados especiales para la administración, concentración y dosificación, frecuencia de administración en 24 horas, duración del tratamiento, indicaciones especiales para el paciente, datos de identificación del prescriptor (nombre completo, sello profesional, firma, matrícula profesional), firma y número de cedula de identidad del paciente.

17) Historia clínica odontológica. – Es el documento en el que el profesional odontólogo registra la atención individual al paciente. Consta de a) datos generales del paciente: Apellido paterno, apellido materno, nombres, edad, sexo, lugar y fecha de nacimiento, ocupación dirección, teléfono, grado de instrucción, estado civil, naciones originarias, idioma o dialecto. b) datos de la persona que brinda la información: Apellido paterno, apellido materno, nombres, dirección y teléfono. c) antecedentes patológicos familiares, d) antecedentes patológicos personales, e) examen extra oral, f) antecedentes bucodentales, g) antecedentes de higiene oral, h) estado periodontal e i) odontograma.

18) Hoja de evolución de consulta externa odontológica.

La hoja de evolución incluye registros generales del paciente en el encabezado; fecha y hora de inicio de la atención por enfermería; edad, peso presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura. Firma y sello de la enfermera con registro de matrícula profesional.

Para el registro del profesional odontólogo, la hoja incluye el SOAP (subjetivo, objetivo, análisis y plan de acción); nombre y apellido del paciente, tutor o apoderado; firma o huella digital firma y sello del odontólogo con registro ministerial.

19) Recetario recibo de atención odontológica.

Este documento tiene el siguiente contenido: Identificación institucional, nombre completo del paciente, domicilio, diagnóstico y procedimientos, medicamentos e insumos fraccionables e indicaciones (cantidad, frecuencia, tiempo de uso y vía de administración) cantidad e insumos fraccionables y de uso muy frecuente utilizados durante la atención odontológica. Datos de identificación del prescriptor (nombre completo, sello y firma con registro de matrícula profesional), nombre y apellidos del paciente madre, tutor, apoderado (firma o huella digital).

20) Expediente clínico del paciente con tuberculosis. - Se describen a continuación los documentos específicos para el registro de la atención de pacientes con tuberculosis. Los demás documentos son los que corresponden a la atención ambulatoria en el orden establecido:

21) Ficha de tratamiento. - Documento específico del programa Nacional de Control de la Tuberculosis, en el cual se registran datos concernientes al tratamiento anti tuberculoso, que tiene un formato específico cuyo correcto llenado y utilización son obligatorios.

22) Formulario de referencia o transferencia de pacientes con tuberculosis.- Documento específico del programa cuyo formato permite registrar los datos del establecimiento que refiere o transfiere, datos del establecimiento al que se realiza la referencia, datos generales y clínicos del paciente, tratamiento actual, a quien acudir en caso de emergencia, indicaciones en caso de RAFA, algún comentario relacionado, datos de la persona que refiere o transfiere, boleta de condición de egreso para el establecimiento de origen, boleta de información- recepción del paciente para el establecimiento de origen.

23) Formulario de consentimiento informado, sobre los derechos y responsabilidades del paciente con tuberculosis (según formato del programa).- El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis dependiente del Ministerio de Salud, ha creado un formato

específico de compromiso de tratamiento que debe ser aplicado de manera obligatoria, con el objetivo de cumplir con el derecho del consentimiento informado y lograr el compromiso del paciente a terminar su tratamiento hasta su curación con la intervención del establecimiento de salud. En este documento está incluido el consentimiento informado para la realización de pruebas de laboratorio necesarias.

24) Formulario de consentimiento informado para realizar la Prueba de VIH. - Documento que incluye la siguiente información: SEDES, municipio, Red de salud, establecimiento de salud, nombre y apellidos del paciente, descripción de la prueba a realizarse, propósito y beneficios, consejería y orientación. Fecha, firma y número de cédula de identidad del usuario, firma y sello del personal.

25) Ficha de tratamiento preventivo (quimioprofilaxis). - Documento específico del programa Nacional de Control de la Tuberculosis, en el cual se registran datos concernientes al tratamiento preventivo contra la probabilidad de desarrollar enfermedad tuberculosa; tiene un formato específico cuyo correcto llenado y utilización son obligatorios.

26) Ficha de reacciones adversas debidas a fármacos antituberculosos (RAFA). - Documento específico del programa Nacional de Control de la Tuberculosis, en el cual se registran datos concernientes a la ocurrencia de reacciones adversas debidas a fármacos antituberculosos, tiene un formato específico cuyo correcto llenado y utilización son obligatorios.

27) Hoja de interconsulta y seguimiento de Nutrición. - Es el documento donde la Nutricionista registra: Nombre y apellidos del paciente, fecha, edad, peso, talla, índice de masa corporal, valoración, clasificación, orientación nutricional e indicaciones específicas de acuerdo a la condición nutricional del paciente, firma y sello del profesional de Nutrición.

28) Ficha de seguimiento por Trabajo Social. - Elaborada por la responsable de Trabajo Social, encargada de realizar la entrevista al paciente, donde registra: Nombre y apellidos del paciente, fecha, hora, edad, diagnóstico; detalle de valoración de la condición social del paciente, la orientación correspondiente, así como las indicaciones específicas de acuerdo al caso, firma y sello del profesional de Trabajo Social.

29) Historia clínica de internación obstétrica. - Es la historia en la que se registra la información de internación de la paciente para la atención del parto, consignando los datos generales como fecha y hora de internación, nombre completo, edad, estado civil, ocupación, dirección actual; motivo de internación, cuadro clínico, antecedentes familiares, antecedentes patológicos, antecedentes gineco obstétricos, examen físico general y segmentario, resultados de exámenes complementarios, diagnóstico, conducta; nombre, sello y firma del profesional médico que realiza la internación.

30) Historia clínica perinatal. - Es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer gestante durante el control prenatal, el parto, el puerperio, la atención al neonato y/o en el ingreso por aborto, incluyendo el periodo post aborto hasta el alta.

Cumple la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos necesarios que resumen la información mínima indispensable para lograr los objetivos por el personal de salud que realiza la atención periódica a la mujer gestante. Está constituida por secciones para el registro de identificación de la paciente, antecedentes familiares, personales y obstétricos, gestación actual, parto – aborto, nacimiento, recién nacido, post parto; en el reverso se registran morbilidad, trastornos, intervenciones.

31) Hoja de enfermería de registro de signos vitales. - Está diseñada en un formulario específico con los datos de identificación del paciente, que permite el registro gráfico de los signos vitales, que contiene, además, casillas para anotar datos adicionales como balance hidroelectrolítico, cuantificación de orina, número de evacuaciones, control de sondas y avenamientos, vómitos y otros. Su control y llenado es responsabilidad de la enfermera de turno.

32) Notas de evolución y tratamiento de enfermería de paciente internada. - Son las notas que escribe enfermería con relación al estado del paciente, su evolución y las constataciones que haga respecto a las complicaciones que pudiesen presentarse. La frecuencia de estas notas dependerá de las condiciones de la paciente y las indicaciones del médico, siendo imprescindible su registro en cada cambio de turno de enfermería. Consignan además la admisión y egreso del paciente, tomando en cuenta fecha y hora, condición de ingreso o egreso y la persona o personas que lo acompañaron. Asimismo, el registro de tratamiento de enfermería, reviste especial importancia, porque constituye la

constancia del cumplimiento de las prescripciones, tal cual fueron escritas y firmadas por el médico, además debe hacer énfasis en la tolerancia del paciente a medicación prescrita. Debe llevar nombre, sello y firma de la enfermera de turno al pie del documento.

33) Kardex de enfermería. - Es el documento que permite realizar el registro de movimiento de insumos y medicamentos administrados. Consigna el diagnóstico, datos del paciente, fecha y hora, indicaciones de continuar o discontinuar tratamiento.

34) Partograma. - Es una representación visual grafica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Como la evolución de la dilatación del cérvix y el descenso de la presentación en relación con el tiempo transcurrido en el trabajo de parto.

En este documento se registra información sobre la paciente, frecuencia cardiaca fetal, líquido amniótico (condición de las membranas), moldeamiento de la cabeza fetal, dilatación del cuello uterino, línea de alerta que indica a partir de los 4 cm de dilatación, línea de acción paralela a la línea de alerta. Evaluación del descenso mediante la palpación abdominal, horas de trabajo de parto, hora real, contracciones uterinas en 10 minutos, administración de medicamentos, presión arterial, temperatura, proteinuria, y otros datos.

35) Protocolo de atención del parto. - Es el documento que relata la intervención o procedimientos realizados en la paciente y los antecedentes pre intra y postparto que hubiesen sido registrados, con el sello y firma del profesional que realizo la atención. Se registran los datos generales de la paciente, fecha y hora de ingreso, número de cama, condiciones de las membranas y líquido amniótico, fecha y hora del parto, presentación, datos del recién nacido (sexo, peso, talla, APGAR al primer minuto), fecha y hora del alumbramiento, mecanismos del desprendimiento, si se realizó limpieza de la cavidad, condiciones del periné, medicación, hora de conclusión, presentación de complicaciones.

36) Historia clínica del recién nacido. - Es el documento central del expediente clínico del recién nacido, cuyo formato permite el registro de:

- Datos generales como ser fecha y hora de registro, número de expediente clínico.
- Datos de identificación del recién nacido: nombre completo, sexo, dirección, fecha de nacimiento, hora de nacimiento.

- Antecedentes perinatológicos: Número de embarazo, control prenatal, edad materna, lugar donde se produjo el parto, antecedentes de riesgo materno, tipo de parto, control del sistema de puntuación para evaluar el estado clínico del recién nacido al 1 minuto de vida Apgar, medidas antropométricas.
- Factores de riesgo perinatológicos.
- Examen físico segmentario del recién nacido.
- Presencia o no de malformación congénita
- Impresión diagnóstica: Condición general, específica, edad gestacional.
- Indicaciones médicas.

37) Formulario del Continuo para recién nacido. - (Hoja para evaluar la atención sistematizada del recién nacido). Es el formulario específico de la estrategia de atención integral al continuo del curso de la vida, cuyo formato permite el registro de datos concernientes a la evaluación de la condición al nacer, datos generales del recién nacido y la programación del control de seguimiento.

38) Formulario de detección de cardiopatías congénitas por oximetría de pulso. - Documento del Ministerio de Salud que proporciona las instrucciones necesarias para relevamiento y registro de información sobre el examen clínico y la aplicación de la prueba de oximetría en neonatos, procedimiento que detecta algún grado de hipoxia, cuya causa podría ser una cardiopatía congénita. Consigna datos generales del recién nacido y de la madre, fecha y hora de nacimiento, peso, sexo, tipo de parto, resultado de la prueba de oximetría, examen clínico específico, exámenes complementarios realizados, firma y sello del médico responsable.

39) Certificado médico de nacido vivo. - Documento del Ministerio de Salud para nacimientos ocurridos en territorio boliviano en establecimientos de salud, cuyos registros deben ser realizados por el personal responsable de la atención y revisión del recién nacido. Consigna datos del establecimiento de salud, datos del recién nacido; lugar, fecha y hora del nacimiento, datos de la madre, datos de la persona que certifica el nacimiento con sello y firma, impresión plantar del recién nacido, impresión dactilar de la madre y sello oficial de la institución certificante. El número del certificado es el de la cédula de identidad del recién nacido y cuenta con un código QRL.

40) Epicrisis.- Constituye el resumen de todo el contenido del expediente clínico, y debe ser llenada en formularios expresamente diseñados bajo el siguiente ordenamiento: Datos generales del paciente, fecha de ingreso y egreso, diagnóstico de ingreso y egreso, motivo de alta, breve resumen de la evolución, lista de problemas clínicos pendientes, enfermedades colaterales y hábitos, plan de manejo y tratamiento, recomendaciones para vigilancia ambulatoria (instrucciones para el seguimiento), firma y sello del médico responsable. En caso de defunción, la causa de muerte acorde a certificado de defunción.

41) Nota de alta. - Es el documento que se elabora al egreso del paciente del establecimiento de salud. Tiene el siguiente contenido: Datos generales del paciente, fecha de ingreso y egreso, diagnósticos de ingreso y egreso, resumen de exámenes complementarios relevantes, tratamiento realizado, recomendaciones, nombre, firma y sello del médico responsable, nombre completo y firma del paciente, tutor o responsable.

42) Nota de alta solicitada. - Cuando el paciente solicita el alta, se utiliza el documento que debe incluir datos generales del paciente, fecha y hora del alta solicitada, detalle de las consecuencias que dicho acto puede originar, nombre completo del familiar más cercano, tutor o representante legal, firma y número de carnet de identidad del paciente, firma y sello del médico tratante.

CAPÍTULO IV
PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO
DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
EN ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN

CAPÍTULO IV

PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

ARTÍCULO 16. (Responsabilidad del manejo del expediente clínico)

El manejo y registro en el expediente clínico es una responsabilidad compartida por el personal de salud autorizado: responsable de admisión, enfermeras, médicos, odontólogos, farmacéutica, responsable de laboratorio, nutricionista, trabajadora social y otros.

Cada paciente contará con un solo expediente clínico en el establecimiento, identificado y ordenado de acuerdo a lo establecido, lo que permitirá realizar el seguimiento de la atención que se brinda a la persona a través del tiempo.

Cada funcionario tiene la obligación del registro correcto y completo en documentos específicos del expediente clínico, que permita la correcta transmisión de la información entre los diferentes prestadores de servicios de salud en el mismo establecimiento y establecimientos externos en caso necesario.

Todo el personal de salud debe contribuir con el ordenamiento y cumplir con el registro correcto del expediente clínico, que debe contener todos los documentos y formularios establecidos de acuerdo a norma. La escritura deberá ser clara y legible, debiendo seguir un orden ascendente (los últimos registros van al principio de cada sección), de acuerdo a la norma.

Todos los que intervienen en el llenado de la historia clínica deben registrar su nombre completo, firma y sello, en los documentos y espacios que corresponden.

En el horario que no se cuente con responsable de admisión y archivo, el responsable del establecimiento debe designar al responsable de los procedimientos que corresponden a ese servicio.

ARTICULO 17. (Procedimiento para el manejo del expediente clínico en consulta externa)

1. El responsable de admisión abre el expediente clínico de consulta externa adjuntando de forma ordenada las hoja o formularios de acuerdo al tipo de paciente, resultados de laboratorio e imagenología si corresponde, cumpliendo el ordenamiento descrito en los artículos 10, 11 y 12 del Capítulo II del presente Reglamento; debiendo registrar de manera completa los datos personales en cada una de las hojas y formularios.
2. En la historia clínica, el responsable de admisión debe registrar la parte A. Datos administrativos y B. Identificación del paciente con firma y sello del responsable que llena. En la hoja de evolución, en admisión se llena la identificación del paciente y número de historia clínica.
3. Cuando el paciente acude por primera vez para consulta directa en el servicio de odontología, el responsable de admisión abre el expediente clínico adjuntando la Historia clínica, hoja de enfermería e Historia clínica odontológica.
4. En el caso de una paciente que acude al establecimiento para control prenatal, el encargado de admisión adjunta todos los formularios correspondientes, descritos en el artículo 10 del presente Reglamento.
5. Una vez que el expediente clínico tiene todos los documentos y formularios con el registro completo de identificación del paciente en cada uno de ellos, el responsable de admisión y archivo pasa el expediente al servicio de enfermería.
6. El personal de enfermería recibe el expediente y registra los datos que corresponden a su servicio. Anota en la parte D. vacunas de la historia clínica. En la hoja de evolución anota fecha, hora de inicio de la atención; signos vitales y antropometría toma de presión arterial, peso, talla, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria; registra los procedimientos realizados, estado o evolución del paciente,

recomendaciones realizadas. La enfermera registra su firma y sello en estos documentos.

7. Si corresponde al grupo etareo, registra en las hojas de sistematización del continuo. Si el paciente es un niño menor de cinco años, anota la evaluación de amamantamiento, problemas y prácticas de alimentación, verifica y anota antecedentes de vacunación, desarrollo del niño, si presenta desnutrición.
8. Registra administración de vacunas y micronutrientes en el carnet de salud infantil del establecimiento y en la copia de la madre o responsable. En estos documentos la enfermera registra su firma y sello.
9. En caso de atención de parto, adjunta los formularios que corresponden en el orden correcto, de acuerdo al artículo 12 del presente Reglamento; registra en los documentos y espacios que corresponden al servicio de enfermería.
10. Una vez que la enfermera de turno registra la información necesaria en todos los documentos correspondientes, entrega el expediente a consulta externa médica.
11. El médico de turno registra en la historia clínica, las partes C. antecedentes pediátrico, E. antecedentes gineco-obstétricos, F. antecedentes patológicos, G. Medicamentos en enfermedades crónicas, H. factores de riesgo, I. factor de riesgo social y J. Observaciones. Si el paciente es atendido solo en el servicio de Odontología, el odontólogo de turno debe registrar toda la información descrita.
12. En la hoja de evolución, el médico u odontólogo de turno anota la hora de inicio de la atención. Registra bajo la modalidad SOAP: **subjetivo** que es el motivo de consulta; **objetivo** donde se registra los hallazgos de la exploración física (por sistemas en caso de consulta médica), los hallazgos positivos de los resultados de laboratorio o imagenología (si corresponde), la evolución del paciente (si es re consulta); el **análisis** donde se anota el diagnóstico presuntivo y diagnóstico diferencial; finalmente el **plan** de tratamiento, recomendaciones u orientación, fecha que debe retornar a su control; firma y sello del médico u odontólogo tratante.

13. Si el establecimiento ha implementado el software del SOAP, se procede a imprimir la hoja de evolución y se registra firma y sello del facultativo que ha realizado la atención.
14. De acuerdo a las características del paciente y si corresponde, el médico registra toda la información pertinente en la Hoja de atención sistematizada del Continuo.
15. En caso necesario, solicita estudios de gabinete o análisis de laboratorio, imagenología, registrando en el formulario D-8 solicitud de exámenes de laboratorio, gabinete o servicios de sangre y recibe los resultados en el formulario D-9 Reporte de resultados. El formulario D8 debe consignar los datos generales, firma y sello del solicitante. Cuando se solicita exámenes complementarios, se entrega al paciente el original y una copia; la segunda copia se incorpora en el expediente clínico. Al recibir los resultados, se adjunta el formulario al expediente clínico.
16. Si el paciente requiere valoración en otro servicio del mismo establecimiento, el médico u odontóloga realizan la transferencia interna en el formulario correspondiente, registrando el nombre y apellido del paciente, fecha, motivo de transferencia, conducta realizada, firma y sello del profesional que transfiere.
17. En caso necesario, el médico u odontólogo solicita al paciente o su responsable legal consentimiento informado en el formulario específico, realizando una explicación detallada del procedimiento que se realizará, el objetivo del mismo, los posibles riesgos, complicaciones y efectos secundarios. Si el paciente está de acuerdo con lo anterior, firmará el consentimiento informado.
18. En caso de necesidad de referir al paciente, el médico u odontólogo debe llenar el formulario N° 1 de referencia, registrando los datos generales, fecha y hora de atención, signos vitales, resumen de anamnesis y examen clínico, resultados de exámenes complementarios, diagnósticos presuntivos, tratamiento inicial, nombre y firma del paciente en el consentimiento informado, motivo de referencia, fecha y hora, establecimiento al que se refiere.

19. El médico registra en el recetario recibo del paciente atendido, los datos personales, diagnóstico, recomendaciones, fecha de retorno, firma y sello, nombre completo y firma del paciente.
20. Cuando corresponda la prescripción de medicamentos, el médico anota los datos personales, el diagnóstico, tratamiento con el detalle necesario para conocimiento del paciente de acuerdo a norma: nombre genérico, forma farmacéutica, concentración, cantidad, vía de administración, dosis, frecuencia, horario y duración del tratamiento; otras recomendaciones si es necesario, fecha de retorno; firma del paciente, firma, sello del médico y farmacéutica si dispensa medicamentos o insumos.
21. El recetario recibo de atención odontológica, debe ser llenado con letra clara y legible por el odontólogo responsable, consignando los siguientes datos: Identificación institucional, nombre completo del paciente, domicilio, diagnóstico y procedimientos, medicamentos e insumos fraccionables e indicaciones (cantidad, frecuencia, tiempo de uso y vía de administración) cantidad e insumos fraccionables utilizados durante la atención odontológica. Finalmente, los datos de identificación del prescriptor (nombre completo, sello y firma con registro de matrícula profesional), nombre y apellidos del paciente madre, tutor, apoderado (firma o huella digital).
22. El original y las copias del recetario recibo se entregan al paciente para la dispensación de medicamentos en farmacia.
23. La farmacéutica dispensa los medicamentos, registra su sello y firma, entrega el recetario recibo original al paciente, la primera copia se queda en archivo de farmacia.
24. Al final de la jornada la farmacéutica entrega la segunda copia de los recetarios recibos a admisión para adjuntar en el expediente clínico de acuerdo a orden ascendente.

25. Si corresponde se pasa el expediente clínico a enfermería para el llenado de la evolución de hoja de enfermería de inyectables y curaciones o cualquier otro procedimiento.
26. Una vez terminada la atención, el médico y odontólogo de turno deben revisar que los expedientes tengan toda la documentación y registro adecuado y devolver al responsable de admisión y archivo.
27. Al final de la atención, el encargado de admisión y archivo organiza el expediente clínico en el folder correspondiente, de acuerdo al orden señalado, revisa los formularios de la última atención. Si identifica registro incompleto en algún documento, devuelve el expediente al responsable de completar la información.
28. Posterior a la revisión de los expedientes clínicos de la jornada, el encargado de admisión de turno procede al archivo ordenado de acuerdo a lo establecido.
29. El plazo de devolución de expedientes clínicos para los centros de salud ambulatorios es de 24 horas; en el caso de centros de salud integrales es de 48 horas.

Artículo 18. (Procedimiento para el manejo del expediente clínico de pacientes con tuberculosis).

Se diferencian dos posibilidades: a) pacientes referidos de otros establecimientos con diagnóstico establecido y b) pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en el mismo centro de salud.

a) Pacientes referidos con diagnóstico de tuberculosis, de otros establecimientos

1. En admisión, el paciente presenta el formulario de referencia específico del Programa emitido por el establecimiento de salud que refiere.
2. Si es paciente nuevo, el responsable de admisión abre el expediente clínico con el mismo ordenamiento de paciente de consulta externa (si el paciente ya cuenta con expediente, desarchiva el mismo), y adjunta el formulario de referencia en la ubicación respectiva.

3. Enfermera de turno realiza el mismo procedimiento que en paciente de consulta externa y adjunta al expediente clínico la ficha de tratamiento al frente, el formulario de consentimiento informado, resultado de exámenes complementarios (si corresponde) y el formulario de solicitud de medicamentos.
4. El médico de turno procede a la atención del paciente cumpliendo el SOAP de la misma forma que en paciente de consulta externa.
5. Verifica, ratifica o modifica el esquema de tratamiento específico y elabora el recetario recibo y anota en la hoja de evolución (plan).
6. Con el recetario recibo, la enfermera responsable solicita los medicamentos a farmacia, para el tratamiento directamente observado (DOTS).
7. La enfermera administra el tratamiento y registra diariamente en la ficha de tratamiento.
8. En caso necesario en el curso del tratamiento, el médico solicita pruebas de laboratorio en el formulario correspondiente, incluyendo glicemia, creatinina y prueba VIH (solicitando el consentimiento informado); también solicita pruebas de imagenología en el formulario correspondiente y se registran los resultados significativos en la hoja de evolución. Si solicita prueba rápida de VIH solicita y registra el formulario de consentimiento informado.
9. El médico solicita en el formulario de transferencia interna, interconsulta con servicio de Nutrición y Trabajo Social.
10. Durante el primer mes de tratamiento el médico realiza una evaluación semanal y registra en la hoja de evolución con la finalidad de detección oportuna de RAFA u otro evento adverso, en caso de evolución favorable los controles se realizan mensualmente a partir del segundo mes de tratamiento.
11. En caso necesario, el médico refiere al paciente llenando la hoja de referencia específica del Programa.

12. Cuando el paciente concluye el tratamiento, el médico elabora la nota de alta y la epicrisis de acuerdo a la condición de egreso.
13. Personal de enfermería responsable del programa verifica el correcto ordenamiento del expediente clínico y envía el mismo a la unidad de admisión y archivo.
14. El personal de admisión verifica el correcto ordenamiento del expediente clínico y adjunta el mismo a la sección de documentos de programas especiales en el expediente clínico.

b) Pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en el establecimiento de salud

1. En este caso, el personal cumple los mismos pasos de la atención en consulta externa, del 1 al 19.
2. Si el médico identifica sintomatología compatible con posible tuberculosis, procede a llenar el formulario de estudios bacteriológicos para solicitar baciloscopía seriada de esputo y cultivo si fuera necesario.
3. En caso de que los resultados de las pruebas solicitadas ratifiquen el diagnóstico presuntivo, el médico inicia el tratamiento específico, realizando la dosificación de medicamentos de primera línea de acuerdo a norma y registrando en la ficha de tratamiento.
4. A partir de este momento, se sigue la secuencia descrita en el procedimiento anterior desde el punto 6 al 14.

ARTÍCULO 19. (Procedimiento para el manejo del expediente clínico de paciente en trabajo de parto, atención de parto, recién nacido y puerperio)

1. Gestante ingresa al servicio refiriendo dolores de parto.
2. El encargado de admisión solicita carnet de control prenatal.

3. La paciente es conducida al consultorio de médico; al mismo tiempo, encargado de admisión saca de archivo su expediente clínico en base a código del carnet de control prenatal.
4. El médico procede a valoración clínica obstétrica: revisa los datos registrados en la historia clínica de control prenatal y del expediente clínico.
5. Si la paciente se encuentra en trabajo de parto se realiza valoración de riesgo obstétrico. Si se cataloga como riesgo obstétrico bajo y está en trabajo de parto, se lleva a la paciente a sala de parto, cumpliendo con la obtención del consentimiento informado por el médico en el formulario correspondiente.
6. En el servicio de internación, el personal de enfermería adjunta al expediente clínico los documentos necesarios para el registro del proceso de atención de parto (artículo 11 inciso A. del presente Reglamento).
7. Los datos del proceso son registrados en los documentos progresivamente, de acuerdo a la evolución del trabajo de parto, parto, alumbramiento y puerperio inmediato, tanto por el personal de enfermería como por el médico tratante y otro personal que interviene en la atención.
8. La enfermera registra secuencialmente en la hoja de enfermería, hoja de evolución y kardex, de acuerdo a indicaciones médicas.
9. El médico registra en la hoja de internación obstétrica, hojas de evolución (de acuerdo a SOAP) y partograma.
10. En caso necesario, el médico solicita pruebas de laboratorio. Cuando cuenta con resultados, registra lo relevante en hoja de evolución.
11. Una vez producido el parto y durante la primera hora de puerperio inmediato, se realizan los registros en los documentos relacionados con la atención de la paciente y recién nacido.
12. El médico de turno concluye el registro en el partograma y protocolo de atención de parto; asimismo, elabora el certificado de recién nacido vivo.
13. El encargado de admisión procede a la apertura de la historia clínica del recién nacido (artículo 11 inciso B. del presente Reglamento), con la codificación

correspondiente del mismo; cuando no se cuenta con encargado de admisión, lo realiza el personal de enfermería de turno.

14. En la historia clínica del recién nacido el encargado de admisión registra de acuerdo a lo establecido; en la hoja de evolución la enfermera registra los signos vitales y el médico la evolución de la paciente e indicación médica. En el Formulario del Continuo para recién nacido, enfermera y médico registran lo que corresponde a cada servicio.
15. La enfermera registra en la Hoja de enfermería, el control de signos vitales, evolución y cumplimiento de indicaciones médicas.
16. Si corresponde, el médico registra el resultado de pruebas de laboratorio, el procedimiento para detección de patología cardíaca en el Formulario oficial, el Recetario recibo.

Tanto la paciente como el recién nacido permanecen en el establecimiento durante 24 horas posteriores. En este tiempo la enfermera registra en la hoja de evolución los signos vitales y el médico tratante la evolución de la paciente de acuerdo a SOAP y en el formulario del Continuo que corresponde (Evaluar y clasificar el estado de salud de la madre en el periodo postnatal). Se realiza el mismo procedimiento con el recién nacido en la hoja de evolución y formulario del Continuo (Evaluar la condición al nacer).

17. En el momento oportuno y de acuerdo a norma, el médico de guardia registra el alta en la hoja de evolución y en la nota de alta médica anota la condición de egreso correspondiente, tanto de la puérpera como del recién nacido y toda la información de acuerdo a formato establecido.
18. El médico de turno elabora la epicrisis con toda la información correspondiente detallada en el Capítulo III, artículo 15 del presente Reglamento.
19. Se entrega a la madre o familiar responsable el carnet perinatal con todos los datos concernientes al proceso de parto y puerperio, así como también del certificado de nacido vivo y una copia de la epicrisis.

20. Una vez que la paciente y su recién nacido abandonan el servicio, el personal de enfermería ordena tanto el expediente clínico de la paciente como del recién nacido.
21. Los documentos de la paciente son añadidos de forma ordenada a su expediente clínico general.
22. Se envían ambos expedientes clínicos al servicio de admisión, cuyo personal realiza una nueva revisión del ordenamiento. Si hay alguna falencia en el mismo, procede a corregirla o solicita corrección al personal que corresponde.
23. Terminada esta última revisión, se procede al archivo de ambos expedientes clínicos de manera conjunta, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 12, inciso D del Reglamento del expediente clínico.

CAPÍTULO V
ARCHIVO, CONTROL Y CUSTODIA DE
LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS

CAPITULO V

ARCHIVO, CONTROL Y CUSTODIA DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS

ARTÍCULO 20. (Responsabilidad del archivo de expedientes clínicos)

- a) El responsable de admisión tiene a su cargo la custodia del área de archivo de expedientes clínicos, debiendo resguardar la conservación, la seguridad, el ordenamiento y la integridad de los expedientes clínicos, cuidando que estos se encuentren en condiciones que garanticen la integridad física.
- b) Debe cumplir con el manejo único de expediente clínico en las etapas de apertura y archivo; el cual será organizado, ordenado y archivado de acuerdo a norma. En caso de no contar con este personal, el director del establecimiento deberá designar temporalmente a otro funcionario.
- c) Debe evitar el acceso a los expedientes clínico por personas que no estén autorizadas.
- d) Debe reportar a dirección del establecimiento en caso de que ocurra algún inconveniente o evento inesperado.
- e) Debe contabilizar el número de historias clínicas que son suministradas a diario a los diferentes servicios: consultas externas generales, de especialidad, odontología, internación, y que se encuentran a disposición del facultativo. Para este efecto, el encargado de admisión deberá llevar el registro del número de expedientes entregados, para verificar al final de la jornada que el total ha sido devuelto, o identificar la retención en algún servicio para realizar seguimiento hasta su devolución y archivo.

ARTÍCULO 21. (Condiciones físicas de conservación del expediente clínico)

- a) El ambiente de archivo de expedientes clínicos debe ser un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado

- b) El archivo de los establecimientos de salud puede utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos. (SOAPS).
- c) Los programas automatizados que se utilicen para el manejo expediente clínico, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.
- d) En todo caso, debe protegerse la reserva del expediente clínico mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla, y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.
- e) Tiempo de conservación: Los expedientes clínicos deben ser conservados durante 10 años en archivo activo. Una vez pasado este tiempo pasarán al archivo pasivo.
- f) Ubicación: Por tratarse de un servicio central, debe tenerse en cuenta el grado de proximidad a los diferentes servicios para facilitar la entrega y circulación del expediente a los diferentes servicios autorizados de acuerdo a la secuencia de la atención.

ARTÍCULO 22. (Requisitos estructurales)

Desde el punto de vista de infraestructura, la dimensión del área de archivo estará determinada por el volumen de documentación existente y el índice de crecimiento previsible en un plazo prudencial. En general, se considera que el espacio que debe destinarse para la adecuada custodia de la documentación clínica generada en un establecimiento de salud, será aquel que permita la conservación en formato original de las historias correspondientes a la mitad de la población asignada.

Las necesidades previsible de crecimiento anual del área de archivo, deberán fundamentalmente establecerse en base a dos variables: número de historias clínicas nuevas generadas anualmente y grosor medio del conjunto de historias custodiadas.

Se debe prever un área de tratamiento de pasivos, destinada a la preparación de la documentación y posterior miniaturización/microfilmación, digitalización o cualquier otro tipo de grabación de las historias clínicas de pasivo.

ARTÍCULO 23. (Mobiliario)

Estanterías. El módulo de estantería debe ser estable, con un zócalo mínimo de 6 cm imprescindible para las labores de limpieza y desinfección.

La parte más alta de la estantería debe ser accesible para una persona de estatura normal, con el apoyo de taburetes o escaleras. El fondo de la estantería será tal que la documentación clínica depositada no sobresalga.

ARTÍCULO 24. (Protección)

- *Contra el fuego:* Deberá ajustarse a lo estipulado, tanto en lo que se refiere a detección, como para la incorporación de sistemas que permitan la extinción sin que suponga aumento en el deterioro de la documentación almacenada. Las vías de evacuación estarán debidamente establecidas.
- *Contra inundaciones:* Se debe prever roturas de tuberías del sistema de agua potable y alcantarillado del centro de salud solicitando mantenimiento a la instancia que corresponde.
- *Contra robos:* Se instalarán sistemas con la finalidad de detectar la presencia de intrusos, rejas en las ventanas cuyo alféizar esté situado a menos de 4 metros sobre el nivel exterior, y las puertas irán dotadas con cerraduras de seguridad.
- *Contra roedores e insectos:* Se tomarán medidas basadas en el hermetismo de accesos con exclusión de orificios y rendijas por donde puedan acceder los roedores u otros animales al interior del edificio.
- *Contra la humedad:* Deberán tomarse medidas para evitar humedad, ya sean por capilaridad, filtración o condensación, sobre todo en las áreas de archivo y custodia de la documentación clínica.

ARTÍCULO 25. (Medidas ambientales)

En lo que respecta a las condiciones ambientales se considera que la temperatura adecuada para la conservación de la documentación custodiada oscile entre 15 y 21º grados centígrados con una humedad relativa que puede variar entre 45 y 65%.

Los rayos solares no deberán incidir directamente en la documentación almacenada.

La iluminación artificial deberá ser adecuada para tener una visibilidad óptima para la revisión de los documentos.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ministerio de Salud Bolivia. Norma técnica para el Manejo del Expediente Clínico. Resolución Ministerial N° 0090 del 26 de febrero 2008.
2. Ministerio de Salud Bolivia. Obtención del Consentimiento Informado. Resolución Ministerial N° 0090 del 26 de febrero 2008.
3. Ministerio de Salud Bolivia. Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Primer nivel de Atención. Resolución Ministerial N° 0090 del 26 de febrero 2008.
4. Ministerio de Salud Bolivia. Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida. Resolución Ministerial N° 0348 del 4 de abril 2013.
5. Ministerio de Salud Bolivia. Reglamento de la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico. Decreto Supremo N° 28562. Resolución Ministerial N° 0806.
6. Ministerio de Salud Bolivia. Manual de Normas Técnicas de Tuberculosis. Resolución Ministerial N° 0806 del 25 de octubre 2017.