

CASTRO, 31 MAYO 2023

VISTOS: DL N° 2.763/79 del Ministerio de Salud modificado en lo pertinente por la Ley N° 19.937/2004; Decreto N° 38/2005 que regula los Establecimientos Autogestionados en Red; Decreto Supremo N° 15/2007 que define Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud y sus modificaciones; Decreto Supremo N° 140 del Ministerio de Salud; Resolución RA 950/201/2021 que designa al Director del Hospital de Castro; Resolución N° 3898 del 03/05/2018 que aprueba la Estructura Organizacional y Organigrama del Hospital de Castro y sus modificaciones; Resolución N° 9374 del 30/10/2019 que aprueba el Protocolo de Ficha Clínica Única del Hospital de Castro; lo dispuesto en la Resolución N° 06,07,08/2019 y N°10/2017 ambas de la Contraloría General de la República y sus modificaciones posteriores.

CONSIDERANDO: la necesidad de dejar sin efecto la Resolución N° 9374 del 30/10/2019 y de poner en marcha el nuevo Protocolo de Ficha Clínica Única e Individual del Hospital de Castro, según solicitud de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, dicto la siguiente:

R E S O L U C I Ó N

1.- DEJASE SIN EFECTO la Resolución N° 9374 del 30/10/2019 que aprueba el Protocolo de Ficha Clínica Única del Hospital de Castro.

2.- APRUÉBASE el nuevo "*Protocolo de Ficha Clínica Única e Individual del Hospital de Castro*", el cual tiene por objetivos:

- Declarar la existencia de la ficha clínica única e individual en el Hospital de Castro.
- Definir el manejo de una Ficha Clínica Única e Individual para cada paciente del Hospital de Castro, con un código único de identificación que mantenga integrada la información de cada paciente y que permita que los profesionales puedan acceder a la totalidad y autenticidad de los antecedentes.

3.- DÉJASE establecido que el documento que se adjunta forma parte integrante de la presente resolución.

4.- DÉJASE establecido que será responsabilidad de cada jefatura dar a conocer la presente resolución al personal bajo su dependencia.

5.- DÉJASE establecido que la presente resolución se encuentra disponible en la página web del Hospital de Castro en el link de <http://biblioteca.hospitalcastro.gov.cl>.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE,




LMP / JVP

DISTRIBUCIÓN:

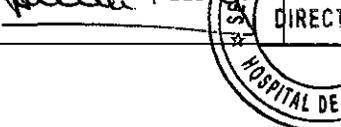
Dirección (copia digital)
Subdirecciones (4 copias)
Centros de Responsabilidad (7 copias digitales)
Subdepartamentos (2 copia digital)
Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente (copia digital)
Servicios Clínicos (copia digital)

Unidad Estadística (copia digital)
Sección Admisión y Recaudación (copia digital)
Enfermera Coordinadora CAE (copia digital)
Servicio Farmacia (copia digital)
Unidad de Auditoría Administrativa (copia digital)
Unidad de Auditoría Médica (copia digital)
Asesoría Jurídica (copia digital)
Oficina de Partes

HOSPITAL DE CASTRO	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición N° 5 Fecha de elaboración: 08-03-2023
	CENTRO DE RESPONSABILIDAD COORDINACION DE REDES	Fecha de actualización: 08-03-2028

ÍNDICE

1.	OBJETIVOS	3
2.	DISTRIBUCION	3
3.	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	3
3.1	BASE LEGAL	3
3.2	MANEJO DE FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	4
3.2.1	Generación de fichas clínicas.....	4
3.2.2	Tipo de soporte y forma de acceso	6
3.2.3	Custodia y seguridad de la ficha clínica	10
3.2.4	Consideraciones Generales (soporte digital, papel y registros complementarios)	13
4.	RESPONSABILIDADES.....	13
5.	SOLUCION DE PROBLEMAS	14
6.	REFERENCIAS	14
7.	GLOSARIO.....	15

	Nombre	Unidad/Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por	Klgo. David Castro Lira	Jefe DOMU	31-05-2023	
Revisado por	Odont. Edgardo Gómez Benavente	Jefe CRCR	31-05-2023	
	Dr. Bernardo Mellado González	Subdirección Medica	31-05-2023	
	E.U Siria Salazar Gonzalez	Subdirección (S) Gestión del Cuidado de Enfermería	31-05-2023	
	Mat. Vanesa Bustamante Villegas	Subdirección Gestión del Cuidado de Matronería	31-05-2023	
	I.C.I.I Gabriel Mansilla Correa	Jefe Unidad de Informática Clínica	31-05-2023	
	E.U Paula Pincheira Gómez	Encargada Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente	31-05-2023	
	Ab. Carola Andrade Márquez	Asesor Jurídico	31-05-2023	
Aprobado por	A.P Lorena Mora Pérez	Director Hospital de Castro	31-05-2023	

HOSPITAL DE CASTRO	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición N° 5 Fecha de elaboración: 08-03-2023
	CENTRO DE RESPONSABILIDAD COORDINACION DE REDES	Fecha de actualización: 08-03-2028

Control de Cambios

Edición N°	N° de Resolución	Fecha de aprobación	Descripción del cambio
1	4473	30-11-2011	Primer proceso de Manejo de la ficha clínica
2	2996	11-07-2012	Pág. 1 Cambio de nombre del proceso y cambio en índice Pág. 2 Se agrega un objetivo Pág. 8 Se agrega portada de Ficha Clínica Pág. 18 Se modifica indicador Pág. 20 se agrega anexo con pauta de evaluación.
3	2189	26-05-2014	Pág. 6 Se agrega manejo de documentación de atención dental en ficha clínica. Punto 6.2 II Pág. 15 Se agrega procedimiento de solicitud de fichas por entidades acreditadoras
4	3488	19-08-2015	Pág 7 Se agrega incorporación y/o revisión digital de datos de atención de Urgencia.
1	1924	17-03-2016	Se separa el Protocolo, en Protocolo de ficha clínica única e Individual y Protocolo Entrega , Recepción y Conservación de ficha Clínica, se cambia nombre y se deja lo referente a descripción de ficha clínica y su manejo
2	3049	02-05-2016	Pág 5 se declara la existencia de ficha clínica de papel y electrónica , dejando la descripción de acceso a Dato de urgencia dentro de las características de la ficha clínica
3	9694	11-12-2017	Cambio de formato al vigente Pág 5 Se cambia Médico por profesionales Pág 6 Se agregan registros complementarios.
4	9374	30-10-2019	Actualización del Documento.
5			Se agrega a Sección de Admisión y Recaudación a la distribución. Se agrega UPI en Registros Complementarios y se eliminan los registros de UNACCESS ya que realizan registro de pacientes en la ficha clínica soporte papel. Generación de fichas clínicas: Se modifica la forma de asignar el N° de Ficha Clínica, Se modifica la custodia de ficha de RN hospitalizado sin rut, Se agrega Rut Provisorio de Fonasa en paciente extranjero. Se agregan soportes digitales utilizados y se nombran las plataformas ministeriales utilizadas (estas últimas no son parte de la ficha clínica.

HOSPITAL DE CASTRO	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición N° 5 Fecha de elaboración: 08-03-2023 Fecha de actualización: 08-03-2028
	CENTRO DE RESPONSABILIDAD COORDINACION DE REDES	

1. OBJETIVOS

- Declarar la existencia de ficha clínica única e individual en el Hospital de Castro.
- Definir el manejo de una Ficha clínica única e individual (en adelante ficha clínica) para cada paciente del Hospital de Castro, con un código único de identificación que mantenga integrada la información de cada paciente y que permita que los profesionales puedan acceder a la totalidad y autenticidad de los antecedentes.

2. DISTRIBUCION

Deberá existir un ejemplar físico o digital de este protocolo en:

- Dirección del Hospital de Castro
- Subdirección Médica
- Subdirección Administrativa
- Subdirección Gestión del Cuidado de Enfermería
- Subdirección Gestión del Cuidado de Matronería
- Centros de Responsabilidad Clínicos y administrativos
- Jefes de Servicio, Departamento y/o Unidades Clínicas
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente
- Servicios Clínicos de Hospitalización
- Centro Ambulatorio de Especialidades
- Sección de Admisión y Recaudación
- Biblioteca virtual

3. FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL

3.1 BASE LEGAL

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

- 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”.

HOSPITAL DE CASTRO	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición N° 5 Fecha de elaboración: 08-03-2023
	CENTRO DE RESPONSABILIDAD COORDINACION DE REDES	Fecha de actualización: 08-03-2028

- Ley 19.937 Ley de Autoridad Sanitaria del Minsal, 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.
- Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en la relación con acciones vinculadas a su atención de salud.
- Decreto N° 41/2012 aprueba reglamento sobre fichas clínicas.

3.2 MANEJO DE FICHA CLÍNICA UNICA E INDIVIDUAL

Regulado por el decreto 41/2012, se define ficha clínica como el instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona, que cumple la finalidad de mantener integrada la información necesaria para el otorgamiento de atenciones de salud al paciente.

El Hospital Dr. Augusto Riffart de Castro posee una **Ficha Clínica única e individual** para cada paciente que recibe atenciones en el Establecimiento, la Ficha Clínica es mixta (papel y digital).

La ficha clínica tiene un **código único de identificación el cual corresponde al RUT del paciente** (soporte papel, soporte electrónico y registros complementarios).

Para efectos de ordenamiento de ubicación en la Unidad de Archivo, a cada ficha clínica (FC) se le asigna un número correlativo único, el cual es de uso interno.

3.2.1 Generación de fichas clínicas

La generación de una Ficha Clínica, será de responsabilidad de las unidades admisionistas (DOMU y Recaudación) y se genera en forma automática la asignación del

HOSPITAL DE CASTRO	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición N° 5 Fecha de elaboración: 08-03-2023 Fecha de actualización: 08-03-2028
	CENTRO DE RESPONSABILIDAD COORDINACION DE REDES	

Numero de Ficha Local en el Módulo de Base Datos Única del Sistema de SISCHILOE, al momento de crear a un nuevo paciente.

Es responsabilidad de la Unidad de Archivo la impresión de la caratula de la ficha cuando es requerida, ya sea para adjuntar resultados de biopsias, pacientes nuevos de atención ambulatoria o para adjuntar documentos generados en atención cerrada. Además podrá ingresar datos a BDU (Base Datos Única) en caso de agendamientos de nuevos pacientes de comunas a los diferentes policlínicos y que no tengan FC en el Hospital de Castro.

Para situaciones excepcionales se debe proceder de la siguiente manera:

- Recién Nacido (RN) Sano

En el caso de Recién Nacidos sanos en el Hospital de Castro que no se hospitalizan, sus registros clínicos quedarán archivados en la Ficha Clínica de la madre.

- Recién Nacido (RN) Hospitalizado

En el caso de RN que se hospitaliza y que aún no cuenta con número de RUT, no se creará Ficha Clínica hasta contar con el RUT, el cual será solicitado a los padres para que sea tramitado a la brevedad.

En espera de la inscripción, los antecedentes clínicos se guardarán dentro de la ficha de la madre como ficha del recién nacido. La Unidad de Recaudación Hospitalizados debe crear la BDU asegurando el total de los datos del paciente por lo que debe realizar las gestiones para conseguir el RUT del RN a través de llamados telefónicos a los padres y/o gestiones con el Establecimiento de APS de origen, e informar a Archivo para la impresión de la caratula y adjuntar la ficha del recién nacido.

En el caso de partos múltiples, en que los RN se encuentren hospitalizados en espera del RUT, serán identificados como: Gemelo 1, 2, etc. según n°

Hijos de Nombre y Apellido de la madre.

- Paciente no Identificable (NN)

En el caso de paciente no identificable (NN) que ingresa a Hospitalización desde Unidad de Emergencia, se espera la obtención del RUT para la búsqueda de la ficha

HOSPITAL DE CASTRO	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición N° 5 Fecha de elaboración: 08-03-2023 Fecha de actualización: 08-03-2028
	CENTRO DE RESPONSABILIDAD COORDINACION DE REDES	

correspondiente o la eventual creación de la misma. En el caso de ser dado de alta bajo la condición de NN o egresar fallecido, los antecedentes serán custodiados por la Unidad de Archivo en un legajo de hospitalización que contenga la mayor cantidad de datos que se puedan obtener y permitan su futura identificación. Una vez obtenido el RUT, se busca o se crea la ficha clínica y se anexan los antecedentes.

- Paciente Extranjero

En el caso de pacientes extranjeros, el dato RUT se completa con RUT provisorio de existir. Si solo existe número de DNI o Pasaporte, se asignará en el sistema esta codificación. Si es un paciente extranjero sin dato de identificación ya enunciado (pasaporte o DNI) se procede en forma similar a paciente no Identificable.

3.2.2 Tipo de soporte y forma de acceso

a) Soporte Electrónico

- **Registros Generados en la Unidad de Emergencia¹:** El acceso al DAU (Dato de Atención de Urgencias) está restringido al personal autorizado con credencial individual e intransferible con el perfil y acceso de acuerdo a sus competencias. El otorgamiento de credenciales de acceso para profesionales, técnicos y administrativos es a través de la Unidad de Informática Clínica. El tipo de perfil es definido por jefaturas de Centros de Responsabilidad (médicos) o Jefaturas directas (profesionales no médicos, técnicos y administrativos).

Cuando el paciente resulta en hospitalización este es impreso y archivado en ficha clínica. Cuando sean requeridos, en la consulta médica ambulatoria o en los servicios de hospitalización, los profesionales ingresan al sistema sus credenciales, a continuación podrá acceder al historial con RUT del paciente.

- **Sistema Informático de Laboratorio (SIL)²:** Para acceder a la Plataforma Web y a su aplicativo Windows es necesario autenticarse a través de un usuario y contraseña personal. Los Jefes de Servicios Clínicos, a través de correo electrónico, solicitan clave para funcionario clínico de su dependencia a Jefatura de Laboratorio y este último lo

¹ Actualmente SISChiloé

² Actualmente Infinity

 HOSPITAL DE CASTRO	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición N° 5 Fecha de elaboración: 08-03-2023 Fecha de actualización: 08-03-2028
	CENTRO DE RESPONSABILIDAD COORDINACION DE REDES	

deriva al administrador del SIL. Una vez ingresado al sistema, con el RUT del paciente se pueden ver los registros históricos de resultados de exámenes de laboratorio.

- **Sistema Informático Imagenología PACS (Sistema de almacenamiento y distribución de imagen):** Para acceder a la Plataforma WEB³ es necesario autenticarse a través de un usuario y contraseña genérica. Los Jefes de Servicios Clínicos, a través de correo electrónico, solicitan clave para funcionario clínico de su dependencia a Jefe de Imagenología. Una vez ingresado al sistema, con el RUT del paciente, el usuario puede ver los estudios imagenológicos históricos. Solo se puede acceder desde red MINSAL.
- **Sistema Informático Imagenología en relación a la prestación de servicios, mediante tele-radiología para Informe Médico Radiológico en Examen de Tomografía Computarizada:** Para acceder a la Plataforma WEB es necesario autenticarse a través de un usuario y contraseña, y una vez ingresado al sistema, digitando el RUT del paciente, el usuario puede ver los registros históricos de los estudios radiológicos.
- **Contrareferencia y Solicitudes de Interconsultas que se generan en el Centro Ambulatorio de Especialidades (CAE):** pueden ser consultados a través de las pestañas respectivas en el software en uso⁴. El acceso está restringido al personal autorizado con credencial individual e intransferible con el perfil y acceso de acuerdo a sus competencias. El otorgamiento de credenciales de acceso para profesionales, técnicos y administrativos es a través de la Unidad de Informática Clínica. El tipo de perfil es definido por jefaturas de Centros de Responsabilidad (médicos) o Jefaturas directas (profesionales no médicos, técnicos y administrativos).
Una vez ingresado al sistema se digita el rut del paciente, teniendo el usuario acceso a las interconsultas del paciente.
- **SIPHAC Grifols S.A:** Sistema de digitación de recetas para despacho de medicamentos, es exclusivo de Farmacia. Para que la receta sea despachada, el médico debe registrar su firma en el Servicio de Farmacia en el cuaderno de registro de firmas y posteriormente debe solicitar en Unidad de Informática Clínica firma electrónica avanzada.

³ Actualmente MMRAD

⁴ Actualmente SAGHO

HOSPITAL DE CASTRO	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición N° 5 Fecha de elaboración: 08-03-2023 Fecha de actualización: 08-03-2028
	CENTRO DE RESPONSABILIDAD COORDINACION DE REDES	

Las claves de acceso son otorgadas por Jefe Servicio de Farmacia (usuario y contraseña).

Una vez ingresado al sistema se digita el rut del paciente, para visualización de las recetas.

- **TAONET Roche:** Sistema informático para el control y gestión integral del paciente anticoagulado. El usuario y claves de acceso se solicitan a enfermero encargado del policlínico con perfil autorizado. Una vez ingresado al sistema se digita el rut del paciente.
- **SINAPSIS:** Permite visualizar exámenes de pacientes realizados en el Hospital de Quellón, se ingresa a través de una clave genérica. Una vez ingresado al sistema se digita el rut del paciente.
- **ZSCAN EVO:** Sistema de captura de imágenes, creación y administración de reportes clínicos, utilizado en el policlínico de endoscopia. Se accede a través de una clave universal. El mismo programa permite ir generando claves asociadas a usuarios. Una vez ingresado al sistema se digita el rut del paciente. Los informes solo pueden ser vistos en el monitor de Endoscopia, por lo que queda una copia del informe en Ficha Clínica.
- **ENDOSCAP ARQUIMED:** Para ver informes de procedimientos endoscópicos, utilizado en el policlínico de endoscopia. Se accede a través de una clave genérica. Una vez ingresado al sistema se digita el rut del paciente. Los informes solo pueden ser vistos en el monitor de Endoscopia, por lo que queda una copia del informe en Ficha Clínica.
- **MORTARA Hscribe:** Sistema de análisis de Holter de Arritmia, utilizado en policlínico de cardiología, se ingresa con clave genérica para crear informe. Una vez ingresado al sistema se digita el rut del paciente.

b) Soporte en papel

Las atenciones clínicas ambulatorias y las atenciones clínicas realizadas en los Servicios de Hospitalización y Pabellón se encuentran en formato de papel contenidas en la ficha clínica única.

HOSPITAL DE CASTRO	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición N° 5 Fecha de elaboración: 08-03-2023 Fecha de actualización: 08-03-2028
	CENTRO DE RESPONSABILIDAD COORDINACION DE REDES	

La forma de acceso al soporte en papel está normado en el documento “Protocolo de entrega, recepción y conservación de ficha clínica única e individual”, en el punto 3.3.2 Solicitud de fichas clínicas, página 9.

Existen otros **registros complementarios** en formato papel, los cuales se detallan a continuación:

- **Ficha Odontológica:** La hoja de evolución de atención dental forma parte de la Ficha Clínica Única e Individual de cada paciente, por lo tanto en ella se identificará a cada paciente con Nombre completo, Documento de identificación (RUN; DNI, Pasaporte, etc.) según corresponda y el Número de la Ficha Clínica que le corresponde. Esta hoja de atención dental será adjuntada al resto de la Ficha Clínica formato papel una vez que el paciente sea dado de alta. Es así que cada consulta nueva que tenga un paciente en el Servicio de Especialidades Odontológicas, será registrada en la ficha clínica para luego seguir trabajando con la hoja de atención dental hasta el alta del paciente.
- **Hospitalización Domiciliaria (HODOM):** Las hojas de evolución de la atención en domicilio forman parte de la Ficha Clínica, identificándose con el nombre, apellidos y rut del paciente. Estas hojas serán anexadas en la ficha una vez que el paciente egrese de esta modalidad de atención, ya sea por Alta o re hospitalización, quedando en la última hoja de evolución el timbre de HODOM indicando la fecha de inicio y termino de esta modalidad de hospitalización.
- **Unidad De Psiquiatría Infantil (UPI):** Las hojas de evolución generadas en estas atenciones se identifican con el RUT y son adjuntas a la ficha clínica al finalizar la jornada. Para todas las atenciones fuera del establecimiento se debe realizar un resumen clínico y con este se debe realizar la atención del paciente. En ningún caso la ficha debe salir del establecimiento.

3.2.3 Plataformas Ministeriales y/o de Órgano Rector

Utilizadas por prestadores institucionales y también en el Hospital de Castro en determinados policlínicos o Unidades/Servicios y que no forman parte de la ficha clínica:

HOSPITAL DE CASTRO	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición N° 5 Fecha de elaboración: 08-03-2023
	CENTRO DE RESPONSABILIDAD COORDINACION DE REDES	Fecha de actualización: 08-03-2028

- ✓ Hospital Digital: Registro de decisiones del Comité Oncológico y del Comité de DM tipo I. Se ingresa a través de usuario y una clave única, visualizando la información del paciente a través de su rut.
- ✓ Plataforma Ley Ricarte Soto: Utilizada en el CAE para visualizar indicaciones de tratamiento, fórmulas lácteas e insumos. Se solicita clave y usuario a FONASA. Una vez ingresado al sistema se digita el rut del paciente.
- ✓ Epivigila: Se ingresan datos, resultados y notificaciones de PCR. Los médicos ingresan utilizando usuario y clave. Una vez ingresado al sistema se digita el rut del paciente.
- ✓ SGTE: Visualiza listas de espera. Se solicita usuario y clave al SSChiloé. Una vez ingresado al sistema se digita el rut del paciente.
- ✓ RNI: Registro digital del programa nacional de inmunizaciones. Usuario y claves se solicitan a través del SSChiloé. Una vez ingresado al sistema se digita el rut del paciente.

3.2.4 Custodia y seguridad de la ficha clínica

a) Soporte digital

- Los respaldos de la información generada en el Sistema de Urgencia DAU son almacenadas en el Servidor de Respaldo, el cual se encuentra en dependencias del Hospital de Castro, salvaguardada en la Sala de Servidores. El procedimiento de backup de la información almacenada en el Servidor de Respaldo es realizada por el Sistema Informático, cuyo propósito es poder restablecer el Sistema lo más rápido posible, una vez que cae el sistema de producción. Este proceso de respaldo se realiza diariamente.
- El sistema informático del Laboratorio Clínico en uso en el Hospital de Castro, es de procedencia de una Empresa en convenio y cuenta con un servidor que almacena la información en una base de datos y su aplicativo web en un servidor web, ambos equipos computacionales están ubicados en la Sala de Servidores del Hospital de Castro. El resguardo y seguridad de los equipos es de responsabilidad del establecimiento, y la Empresa en convenio realizó las configuraciones necesarias para que se generen respaldos automáticos diariamente.

HOSPITAL DE CASTRO	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición N° 5 Fecha de elaboración: 08-03-2023 Fecha de actualización: 08-03-2028
	CENTRO DE RESPONSABILIDAD COORDINACION DE REDES	

- El Sistema Informático de Imagenología PACS del Hospital de Castro es un Sistema Informático Distribuido⁵ de la Red del Servicio de Salud Chiloé, su Servidor Principal está ubicado en el Servicio de Salud Chiloé y existe un servidor denominado agente local ubicado en el Hospital de Castro, que almacena los exámenes radiológicos y de ultrasonido e inmediatamente son enviados al Servidor Principal, para su visualización y lectura. Este sistema cuenta con un aplicativo Web que permite realizar las actividades de visualización de los estudios imagenológicos y la elaboración de informes. Además, el resguardo y seguridad del Servidor Principal y su contenido es de responsabilidad del Servicio de Salud Chiloé y del Servidor Local el Hospital de Castro.
- Sistema Informático Imagenología en relación a la prestación de servicios, mediante tele-radiología para Informe Médico Radiológico en Examen de Tomografía Computarizada: Es un Sistema Informático distribuido y contratado por el MINSAL a la Empresa en convenio, donde existe un servidor denominado agente local ubicado en el Hospital de Castro que almacena los exámenes de tomografía computada e inmediatamente son enviados al Servidor Principal de la empresa en convenio, siendo la misma empresa quien elabora el Informe Radiológico. Este sistema cuenta con un aplicativo Web que permite realizar las actividades de visualización de los estudios de scanner y de los informes. El resguardo y seguridad del Servidor Principal y del agente local es de responsabilidad de la Empresa en convenio.
- En relación a los informes de contra-referencia y las interconsultas que realizan los especialistas en el CAE, estos son realizados y almacenados en el Sistema registro del CAE.
- SIPHAC Grifols S.A: Actualmente está siendo respaldado diariamente cumpliendo con el protocolo de respaldo de servidores.
- TAONET Roche: Este sistema está siendo respaldado localmente en su Servidor. Actualmente la Sección de Informatica junto con el proveedor están trabajando para generar respaldo además en nuestro Servidor de Almacenamiento
- SINAPSIS: es un Link de procedencia del Hospital de Quellón, por lo que la responsabilidad de la Política de Respaldos de Datos recae en ese establecimiento.

⁵ *Un sistema distribuido se define como una colección de computadores autónomos conectados por una red, y con el software distribuido adecuado para que el sistema sea visto por los usuarios como una única entidad capaz de proporcionar facilidades de computación. [Colours1994]),*

 HOSPITAL DE CASTRO	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición N° 5 Fecha de elaboración: 08-03-2023 Fecha de actualización: 08-03-2028
	CENTRO DE RESPONSABILIDAD COORDINACION DE REDES	

- ZSCAN EVO: Actualmente se realiza un respaldo diario a través de su plataforma, ya que es un sistema sin conexión a RED.
- ENDOSCAP ARQUIMED: Actualmente está respaldado localmente, y exámenes son realizados con Zscan.
- MORTARA Hscribe: Actualmente se realiza respaldo en forma local. El respaldo de los datos es realizado a través de la aplicación a través de un proceso de exportación.

b) Soporte en papel

Las fichas clínicas se mantienen en las dependencias de Archivo, perteneciente al Departamento de Orientación Médica y Usuaría (DOMU). El Archivo es centralizado. En él se mantienen las Fichas Clínicas ordenadas y enumeradas; este espacio es de acceso restringido y es cerrado con llave cada vez que no hay algún funcionario en su interior. Cuenta con otro espacio definido para el Archivo Pasivo, con las mismas condiciones anteriormente descritas, para fichas pasivas.

Es parte de las actividades permanentes de la Sección Archivo, el reparar deterioros de las carátulas o el reemplazo por una nueva cuando no sea posible mantener los registros fijados a la caratula.

Las Fichas Clínicas fuera de su estantería deben permanecer sobre una superficie que asegure su integridad.

Es de responsabilidad de los Servicios Clínicos y Policlínicos mantener la documentación contenida en la Ficha Clínica y sistema de registros clínicos del Hospital, ordenada cronológicamente y fija a la carátula.

Será de responsabilidad de Unidad de Archivo ingresar dentro de las fichas todos los documentos generados en la Unidad GES y documentación recibida a través de jefatura de Departamento de Orientación Médica y Usuaría (DOMU) que sea de los pacientes (antecedentes de otros establecimientos, Informes Proceso Diagnósticos de otros centros de la red, Informes de biopsias, etc.)

Cuando la ficha clínica se encuentre en algún espacio distinto al Archivo, el profesional o servicio clínico hospitalizado o ambulatorio que lo haya solicitado, será el responsable de

 HOSPITAL DE CASTRO	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición N° 5 Fecha de elaboración: 08-03-2023 Fecha de actualización: 08-03-2028
	CENTRO DE RESPONSABILIDAD COORDINACIÓN DE REDES	

su custodia. Mayor detalle de este proceso se encuentra contenido en protocolo de REG 1.4, punto 3.2.1 Custodia y Ubicación Fichas Clínicas, página 7.

3.2.5 Consideraciones Generales (soporte digital, papel y registros complementarios).

- Toda información contenida en la ficha clínica es considerada dato sensible, por lo tanto es **confidencial**, siendo responsable de la reserva de su contenido todo el Equipo de Salud que interviene en el proceso de atención del paciente y el personal a cargo de su manejo administrativo.
- Los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud y que no estén autorizados según protocolo de REG 1.4, no tendrán acceso a la información contenida en la respectiva ficha clínica. Ello incluye al personal de Salud y Administrativo no vinculado a la atención del usuario.
- Ninguna Ficha Clínica puede ser entregada al paciente, familiares o terceros, sino que será transportada y custodiada por personal del Establecimiento. Cuando otro establecimiento o entidad cualquiera requiera información clínica del paciente esta deberá ser transcrita o reproducida y enviada por intermedio de la Dirección. Mayor detalle en "Protocolo de Entrega, Recepción y Conservación de ficha clínica" de REG 1.4, página 11.
- No se pueden realizar registros a mano en la caratula de la ficha ni pegar avisos o registros.

4. RESPONSABILIDADES

De la Dirección del Establecimiento: aprobar el documento asociado al manejo local de fichas clínicas.

Jefe DOMU: Velar por el estricto cumplimiento en la ejecución del protocolo.

Jefe Unidad Informática Clínica: Realizar las gestiones necesarias para disponer en forma oportuna y adecuada el acceso a la integralidad de la información en sistema digital de ficha clínica. Mantener el soporte informático operativo.

Funcionarios del Hospital de Castro: respetar y cumplir los procedimientos de manejo de ficha clínica descritos en protocolo.

 HOSPITAL DE CASTRO	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición N° 5 Fecha de elaboración: 08-03-2023
	CENTRO DE RESPONSABILIDAD COORDINACION DE REDES	Fecha de actualización: 08-03-2028

5. SOLUCION DE PROBLEMAS

Los problemas que surjan para el cumplimiento del proceso, deben ser considerados y analizados por todos los participantes en el mismo, con el fin de realizar los cambios y modificaciones que este y el presente documento requieran, y será el Administrador del Centro de Responsabilidad de Coordinación de Redes el responsable en realizar dichas modificaciones.

En el caso específico de usuarios sin RUT que sean dados de alta y que a pesar de gestiones realizadas desde archivo no fuera posible conseguir el RUT, estos documentos serán custodiados en Archivo en una carpeta especial y con todos los datos disponibles, a la espera de ser regularizados en una futura atención en el establecimiento.

6. REFERENCIAS

- "Protocolo de Elaboración y Gestión Documental" Hospital Castro 2020
- 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 19.937 de Autoridad Sanitaria.
- Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en la relación con acciones vinculadas a su atención de salud.
- Decreto N° 41/2012 aprueba reglamento sobre fichas clínicas.
- 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.

HOSPITAL DE CASTRO	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición N° 5 Fecha de elaboración: 08-03-2023 Fecha de actualización: 08-03-2028
	CENTRO DE RESPONSABILIDAD COORDINACIÓN DE REDES	

7. GLOSARIO

- **Código Único de Identificación de la Ficha Clínica:** El Hospital de Castro utiliza el RUN del paciente como Sistema de codificación de la Ficha Clínica. (Soporte Electrónico, Soporte Papel y Registros Complementarios). De este modo, el Código Único de Identificación permite Identificación del documento, también la Vinculación entre sus soportes (físico y electrónico) y Registros Complementarios, así como el Acceso a la integridad de los antecedentes que conforman la Ficha Clínica.
- **ARCHIVO PASIVO:** Dependencia resguardada donde se archivan y almacenan las fichas clínicas pasivas.
- **Ficha Clínica Activa:** Ficha de pacientes con consultas en los 5 años anteriores en el establecimiento.
- **FICHA PASIVA:** Ficha clínicas de pacientes fallecidos y fichas clínicas que estén inactivas por un periodo superior a 5 años a la espera de cumplir 10 años más sin movimientos para su posterior eliminación.
- **BACK UP:** Respaldo de datos
- **CAE:** Centro Ambulatorio de Especialidades.
- **BDU:** Base de Datos Única
- **RN:** recién nacido
- **GRD:** Grupos Relacionados por Diagnóstico.

