

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD.

DIVISIÓN REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA.

DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN.



**INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL**

NORMA PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO

ISSS 3^{RA}. EDICIÓN.

MARZO - 2021

Presentación



El Instituto Salvadoreño del Seguro Social en su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación del Departamento de Normalización, según acuerdo **Según Acuerdo CD#2019-2232.OCT.- Contenida en acta N° 3874** dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos en salud del ISSS.

La presente **“Norma del Expediente Clínico ISSS” 3^{ra}**. Edición, Marzo-2021, será un documento normativo que tendrá como objetivo guiar a prestadores de servicios de salud, áreas administrativas y financieras en el proceso de establecer los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, archivo y depuración del Expediente Clínico, constituyendo una herramienta valiosa con que contarán los Centros de Atención. La Dirección, Administración y Jefaturas de los Servicios que prestan dichos servicios, serán los responsables de su divulgación, implantación, seguimiento y cumplimiento obligatorio.



Dra. Mónica Guadalupe Ayala Guerrero

Director General ISSS.

EQUIPO NORMATIVO.

PRIMER EQUIPO NORMATIVO

Nombre	Procedencia
Dra. Ana Guadalupe Argueta	Jefa de Sección Regulación Técnica en Salud
Dra. Mery Jeannette Cardoza de Parada	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud
Dra. Sara Lizet Granadino	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud
Ing. Luis Asdrúbal Ovando Medrano	Colaborador Técnico en Salud I Sección Regulación Técnica en Salud
Ing. Carlos Alfredo Vasquez	Analista de Desarrollo Institucional

SEGUNDO EQUIPO NORMATIVO

Nombre	Procedencia
Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala	Jefe Departamento Normalización.
Dra. Mery Jeannette Cardoza de Parada	Colaborador Técnico en Salud II Departamento Normalización
Dra. Ingrid Lissette Hugentobler Guardado	Colaborador Técnico en Salud II Departamento Normalización
Ing. Luis Asdrúbal Ovando Medrano	Colaborador Técnico en Salud I Departamento Normalización

PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN LA PRIMERA REVISIÓN

Nombre	Procedencia
Marta Rosalinda Alfaro	Archivo Clínico. Hospital Policlínico Zacamil.
Héctor Guardado Amaya	Archivo Clínico. Consultorio de Especialidades.
Berta Luz Salazar de Zavaleta	Archivo Clínico. Unidad Médica Atlacatl.
Dora Alicia Parada Flores	Archivo Clínico. Hospital Regional San Miguel.
Gilberto Antonio Coto	Archivo Clínico. Unidad Médica Atlacatl.
Adán Antonio Portillo	Archivo Clínico. Hospital Médico Quirúrgico.
José Neftalí Serpas	Archivo Clínico. Hospital Oncología.
Héctor Ayala Melara	Archivo Clínico. Medicina Física y Rehabilitación.
Carlos Ernesto Moreno	Archivo Clínico. Clínica Comunal San Antonio Abad.
Manuel de Jesús Avilés	Archivo Clínico. Hospital General.
Lic. Raúl Ernesto Peña	Jefe Sección Archivo institucional.
René Aguilar Carballo	Colaborador Técnico de Salud. Subdirección de Salud.
Dra. Lucía Lisseth Díaz de Salinas	Colaborador Técnico de Salud II. Dpto. Redes Integrales e Integradas de Salud.
Lcda. Ena Violeta Mirón Cordón	Jefa Departamento. Información y Respuesta/Oficial de Información.
Lcda. Nery Brioso de Durán	Colaborador Técnico de Salud II. Dpto. Redes Integrales e Integradas de Salud.
Dra. Emilia Gudelia Hernández Lazo	Colaborador Técnico de Salud II. Dpto. Redes Integrales e Integradas de Salud.
Dra. Ana Margarita Pineda	Colaborador Técnico de Salud II. Sección Atención Primaria en Salud.
Dr. Fernando Cabrera España	Colaborador Técnico de Salud II. Departamento de Evaluación de la Calidad.
Dr. Oscar Eduardo Calderón Alegría	Unidad Médica 15 de septiembre.
Dr. Ramón Edgardo Hernández Pacheco	Hospital Regional de Santa Ana.
Dr. Guillermo Napoleón Araya Flores	Hospital Amatepec.
Dr. Jaime Mauricio Valdez Chávez	Unidad Médica Ilopango.
Dra. Sonia Elizabeth Andrade de Jovel	Clínica Comunal San Cristobal.
Dra. Patricia Lorena Ramírez	Clínica Comunal San Antonio Abad.
Licda. Ana Cecilia Portal Grijalva	Colaborador Técnico de Salud II. Departamento de Evaluación de la Calidad.
Licda. Regina G. Mejía de León	Colaborador Técnico de Salud I. Dpto. Redes Integrales e Integradas de Salud.

PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN LA PRIMERA VALIDACIÓN

Nombre	Procedencia
Lic. Daniel Chacón Ramírez	Departamento Jurídico de Procuración
Dr. Héctor Humberto Hernández	Coordinador Institucional Especialidad Médica (Ginecología)
Dr. Rafael López Urbina	Coordinador Institucional Especialidad Médica (Pediatría)
Lic. Milagro Cecilia Hernández de Nerio	Coordinadora Institucional Enfermería
Lic. Raúl E. Muñoz Arévalo	Departamento Clínicas Empresariales
Dr. Fernando Cabrera España	Departamento de Evaluación de la Calidad
Lic. William Isaías Herrera	Departamento de Evaluación de la Calidad
Dra. Gladys Patricia Flores de Villeda	Dpto. Redes Integrales e Integradas de Salud
Lcda. Evelyn Escobar de Chávez	Dpto. Redes Integrales e Integradas de Salud
Dr. Jorge Lechuga Miranda	Departamento de Salud del Trabajo y Medio Ambiente
Lic. Raúl Ernesto Peña	Jefe Sección Archivo institucional
Dr. William González Urías	Jefe de Anestesiología Hospital General
Dr. Elí Abrahán Rosales	Jefe Departamento de Cirugía del Hospital General.
Dr. Cristo Valladares Alfonso	Director Unidad Médica de Zacatecoluca
Dr. Anthony Alan Gregg	Director Clínica Comunal Panamericana
Dra. Mirna Estela Maravilla Argueta	Director Clínica Comunal la Rábida
Dra. Julia María Zeledón de Castillo	Director Clínica Comunal Sto. Domingo
Dr. Víctor Mauricio Espinoza	Hospital 1° de Mayo, Neonatología
Dr. Eduardo Chávez Gutiérrez	Clínica Comunal San Marcos
Dra. Elba Aminta Portillo de Herrera	Clínica Comunal Las Victorias
Dr. Raúl Funes Moreno	Unidad Médica 15 de Septiembre

Nombre	Procedencia
Lcda. Ana Isabel Valencia Moz	Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
Licda. Sara Guadalupe Sánchez	Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Lcda. Sandra Elizabeth Díaz	Hospital Policlínico Planes de Renderos
Lcda. Luisa Olano	Hospital Policlínico Arce
Lcda. Emitila Rojas de Escobar	Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Lcda. Xóchitl Violeta Peña de Sosa	Unidad Médica de Quezaltepeque
Norma Lorena Avalos	Archivo Clínico Unidad Médica Nejapa
Gloria Arriaga de Escoto	Unidad Médica Apopa
Nelson Humberto Monterrosa	Archivo Clínico Hospital Policlínico Roma
Héctor Guardado Amaya	Jefe Archivo Clínico Consultorio de Especialidades
Salvador Antonio Lemus Murga	Archivo Clínico Clínica Comunal El Calvario
Hugo Nelson Bonilla	Archivo Clínico Unidad Médica San Vicente
Marta Rosalinda Alfaro	Jefa Archivo Clínico Hospital Policlínico Zacamil
Licda. Ana Florida Reyes Sorto	Jefa Admisión y Registros Médicos Hospital Regional San Miguel.
Lcda. Georgina Ivonne Martínez	Unidad Médica San Jacinto.
Lcda. Sandra Yanira de Benítez	Clínica Comunal Las Victorias.
Lcda. Martha Mercedes de Ortega	Hospital General
Lcda. Cándida Yesenia Marroquín	Unidad Médica la Libertad
Lcda. Claudia Beatriz Artiga	Clínica Comunal Monserrat

PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN LA SEGUNDA REVISIÓN

Nombre	Procedencia
Lcda. Ena Violeta Mirón Cordón	Jefe Oficina de Información y Respuesta
Lic. Raúl Ernesto Peña Cortez	Gestión Documental y Archivos
Lcda. Ivania Marroquín	Jefe de Gestión Documental y Archivos
Dr. Wilfredo Quezada Delgado	Departamento Evaluación de la Provisión de los Servicios de Salud
Dra. Nancy Lizette Gochez	Departamento Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud.
Dr. Víctor Manuel Campos Madrid	Sección Atención Primaria en Salud
Lic. Berta Dinora Alvarenga de Cruz	Departamento de Enfermería
Ing. Williams Motto Díaz	Unidad de Desarrollo Institucional
Licda. Julia Marlene Méndez	Unidad de Desarrollo Institucional
Lic. Héctor Francisco García	Unidad de Desarrollo Institucional
Mayra Janeth Acosta de Martínez	Enfermera General Unidad Médica Soyapango
Evelyn Xiomara Jovel de Pérez	Enfermera General Unidad Médica Apopa
Felicita Flores de Guerrero	Enfermera General Unidad Médica San Miguel
Liliana Margarita Castillo Hernandez	Técnico Enfermería, Hospital Regional de Sonsonate
Dra. Irma Yolanda Rivas Rios	Coordinadora Institucional de Anestesiología
Dr. Ernesto Vides Méndez	Jefe de Sala de Operaciones Hospital Policlinico Roma
Dr. Romeo Amílcar Bonilla Monterrosa	Jefe de Medicina 4 Hospital General
Dr. Julio Ernesto Gutiérrez Mayorga	Jefe de Departamento de Cirugía - HMQ y O
Ing. Raúl Arévalo Muñoz	Sección Clínicas Empresariales
Dr. Oscar Alvarado Miguel	Sección Clínicas Empresariales
Lcda. María Gálvez de Martínez	Jefe de Registros Médicos UM San Jacinto

Nombre	Procedencia
Dr. Luis Gerardo Hidalgo	Jefe Depto Investigación y Docencia en Salud
Dra. Claudia M. López de Blanco	Colaboradora Técnica en Salud II Departamento de Docencia, Hospital General
Dr. Roberto Águila Cerón	Jefatura de Enseñanza Ginecología y Obstetricia
Dr. Víctor F Peraza	Jefe de Enseñanza, Anestesiología
Dr. Rafael Santa Cruz	Jefe de Enseñanza Medicina Familiar Docencia Hospital General
Dra. Ianyra E. Abrego Martínez	Jefe de Enseñanza de Medicina Interna
Dr. Manuel U. Mejía Peña	Jefe de Enseñanza de Psiquiatría
Dr. Giovanni Josué Pérez Lemus	Jefe de Enseñanza Cirugia
Dr. Jorge A. Lechuga M.	Colaborador Técnico en Salud II- Depto. Salud del Trabajo y Medio Ambiente
Lcda. María Galvez de Martinez	Jefe Registros Medicos, U.M. San Jacinto
Carlos Ernesto Moreno	Archivo, C.C. San Antonio Abad

PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN LA SEGUNDA VALIDACIÓN

Nombre	Procedencia
Lcda. Ena Violeta Mirón Cordón	Jefe Oficina de Información y Respuesta
Lic. Raúl Ernesto Peña Cortez	Jefe de Gestión Documental y Archivos
Dr. Jaime Antonio Castro Figueroa	Jefe Departamento de Atención en Salud
Lcda. Maria Elena Jovel de Henríquez	Jefe Departamento de Enfermería ISSS
Dr. Oscar Armando Perez Campos	Jefe de Sección de Clinicas Empresariales
Lcda. Julia Marlene Méndez Perez	Analista de Desarrollo UDI
Ing. Williams Motto Díaz	Analista de Desarrollo UDI
Ing. Raúl Arevalo Muñoz	Sección Clínicas Empresariales
Dr. Victor Manuel Campos Madrid	Colaborador técnico, Dpto. de Atención en Salud
Dra. Ana Valeria Mayen	Colaborador técnico, Departamento de Atención en Salud
Dr. Juan José Guzmán Terán	Colaborador técnico, Departamento de Atención en Salud
Dr. Ricardo Ernesto Salazar Escobar	Director, Hospital Materno Infantil 1° de Mayo

Nombre	Procedencia
Dr. Reynaldo Antonio Bolaños Paz	Director, Hospital Regional de San Miguel
Dr. Carlos Alexander Vigil Sanchez	Director, Unidad Médica Medicina física y Rehabilitación
Dra. Irma Yolanda Rivas Rios	Coordinadora Institucional de Anestesiología
Dr. Carlos Quintanilla Hernandez	Coordinador Institucional de Especialidad Médica Cirugía
Dra. Karla G. Campos de Cañada	Coordinadora Nacional Institucional de Especialidad Médica (Pediatria)
Dr. Guillermo José Valdés	Coordinador Nacional Institucional de Especialidad Médica.(Ginecología)
Dra. Ana Guadalupe Contreras de Miranda	Coordinadora Institucional de Odontología
Dr. Joaquín Guillermo Celarié	Médico internista, Hospital Médico Quirúrgico
Dra. Denise Cabañas Pinto	Jefe de Emergencia, Hospital Policlínico Zacamil
Marta Rosalinda Alfaro	Jefe de Admisión y Registros, Hospital Policlínico Zacamil
Dra. Ingrid Corina Romero Guardado	Clinica Comunal San Marcos
Dr. Miguel Batres Romero	Director ,Hospital Regional de Santa Ana
Luis Ernesto Girón Jiménez	Jefe de Admisión y Registros, H.R. de Santa Ana
Edwin Edgardo Portal Morán	Archivista, Unidad Médica Quezaltepeque
Xochiel Violeta Peña	Jefe de Admisión y Registros, Unidad Médica Apopa.
Dr. Nelson M. Alvarado Batres	Gerencia de Servicios Medicos Hospital General
Lenin Vladimir Argueta	Jefe de Admisión y Registros, Hospital General
Hector Guardado Amaya	Jefe de Admisión y Registros, Consultorio de Especialidades
Dr. Cristian Santamaría Salazar	Director, Unidad Médica Atlacatl
Gilberto Antonio Coto	Jefe de Archivo, Unidad Médica Atlacatl
Dra. Patricia Lissette Aparicio	Directora Hospital Policlínico Arce
Dr. Francisco Antonio Araniva García	Jefe Departamento Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Arce
Carlos Francisco Corado	Hospital Policlínico Arce
Dr. Raul Funes Moreno	Coordinador de Emergencia, Unidad Médica 15 de Septiembre
Lic. Patricia Caballero Sifontes	Jefe Trabajo Social, Unidad Médica 15 de Septiembre
Dra. Carolina Ponce de Acosta	Clínica Comunal Monserrat
Dr. Oscar Alexander Flores Gutierrez	Departamento Investigación y Docencia en Salud

Contenido

A.	MARCO LEGAL.....	1
B.	INTRODUCCIÓN.....	8
C.	OBJETIVO.....	8
D.	CAMPO DE APLICACIÓN.....	9
E.	DEFINICIONES.....	9
I.	DISPOSICIONES GENERALES.....	12
II.	MANEJO Y CONTENIDO DE EXPEDIENTE CLÍNICO.....	13
	> ARCHIVO CLÍNICO.....	13
	> EXTRAVÍO O DAÑO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.....	16
	> ÁREA FÍSICA, MOBILIARIO Y EQUIPO PARA RESGUARDO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.....	17
	> NORMAS DE ALMACENAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE EXPEDIENTE CLÍNICOS AL ARCHIVO ESPECIALIZADO.....	17
III.	NORMAS RELATIVAS A LA CONSTITUCIÓN, MANEJO Y CASOS ESPECIALES DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.....	19
	> NORMAS DE CONSTITUCIÓN DEL EXPEDIENTE CLINICO.....	19
	> SOLICITUD DE EXPEDIENTES CLÍNICOS, RESÚMENES Y CONSTANCIAS MÉDICAS.....	22
	> SOLICITUDES DE PRÉSTAMO DE EXPEDIENTES CLINICOS PARA OTROS PROCESOS ADMINISTRATIVOS.....	23
	> RECTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN EN EL EXPEDIENTE.....	24
	> SUPRESIÓN DE INFORMACIÓN EN EL EXPEDIENTE.....	25
	> NORMAS RELATIVAS A LOS DOCUMENTOS DE CONFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.....	25
	> CONFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE PARA ATENCIÓN AMBULATORIA.....	25
	> CONFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE PARA ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	27
	> CONFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE PARA LA MUJER EMBARAZADA.....	28
	> EXPEDIENTE HOSPITALARIO EN MATERNIDADES.....	28
	> EXPEDIENTE CLÍNICO PEDIÁTRICO. PARA LOS PACIENTES QUE HAYAN RECIBIDO ATENCIONES PREVENTIVAS DENTRO DEL CURSO DE VIDA DE LA NIÑEZ.....	29
	> PARA LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS EN ÁREAS HOSPITALARIA.....	30
	> EXPEDIENTE CLÍNICO PARA LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES.....	31
	> EXPEDIENTE CLÍNICO EN GERIATRÍA.....	32
	EXPEDIENTE CLÍNICO EN SALUD MENTAL.....	32
	EXPEDIENTE DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.....	33
	> EXPEDIENTES DE PACIENTES NO ASEGURADOS.....	34
	> EXPEDIENTE CLÍNICO EN ÁREA DE EMERGENCIA.....	34
IV.	NORMA RELATIVA A LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO.....	36
V.	NORMAS RELATIVAS AL TRASLADO DE PACIENTES.....	44
VI.	RESPONSABILIDAD DE MANEJO DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE PACIENTES AMBULATORIOS REFERIDOS A OTROS CENTROS DE ATENCIÓN PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ELECTIVAS.....	45
VII.	REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO CONTRATADO POR COMPRA DE SERVICIOS.....	48
VIII.	NORMAS LOS MÉDICOS Y ODONTÓLOGOS RESIDENTES.....	48
IX.	NORMAS RELATIVAS A LAS DEFUNCIONES.....	48
X.	RESPONSABLE DE LA DISPOSICIÓN FINAL DEL EXPEDIENTE CLINICO PASIVO.....	49
XI.	COMISIÓN DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS.....	49
XII.	MANEJO DE EXPEDIENTE POR TERCEROS.....	49
XIII.	CAPACITACIÓN.....	50
XIV.	EVALUACIÓN Y MONITOREO.....	50
XV.	DISPOSICIONES GENERALES.....	51
XVI.	OBSERVANCIA.....	51
XVII.	INFRACCIONES Y SANCIONES.....	51
XVIII.	VIGENCIA DE LA NORMA.....	51
XIV.	OFICIALIZACIÓN.....	52
XX.	BIBLIOGRAFIA.....	53

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR.

Art. 2.- Toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la libertad, a la seguridad, al trabajo, a la propiedad y posesión, y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos.

Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

LEY DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (LAIP).

Art.1. La presente ley tiene como objeto garantizar el derecho de acceso de toda persona a la información pública, a fin de contribuir con la transparencia de las actuaciones de las instituciones del Estado.

Derecho de acceso a la información pública

Art.2. Toda persona tiene derecho a solicitar y recibir información generada, administrada o en poder de las instituciones públicas y demás entes obligados de manera oportuna y veraz, sin sustentar interés o motivación alguna.

Capítulo III

Información confidencial

Art.24. Es información confidencial:

- a. La referente al derecho a la intimidad personal y familiar, al honor y a la propia imagen, así como archivos médicos cuya divulgación constituiría una invasión a la privacidad de la persona.*
- b. La entregada con tal carácter por los particulares a los entes obligados, siempre que por la naturaleza de la información tengan el derecho a restringir su divulgación.*
- c. Los datos personales que requieran el consentimiento de los individuos para su difusión.*
- d. Los secretos profesional, comercial, industrial, fiscal, bancario, fiduciario u otro considerado como tal por una disposición legal.*

Los padres, madres y tutores tendrán derecho de acceso irrestricto a la información confidencial de los menores bajo su autoridad parental.

Consentimiento de la divulgación

Art.25. Los entes obligados no proporcionarán información confidencial sin que medie el consentimiento expreso y libre del titular de la misma.

LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Normas Técnicas

Art. 5.- Las normas técnicas, que emitirá el ente rector, deberán regular lo siguiente:

- a) Conformación, custodia y consulta de expediente clínico;
- b) Requisitos indispensables de los Reglamentos internos de los prestadores de servicios de salud públicos, privados, autónomos, incluyendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social; de acuerdo a la oferta de servicios y los niveles de atención; y,
- c) Requisitos mínimos, que debe contener el documento para el otorgamiento de consentimiento informado, para los procedimientos médicos, quirúrgicos y de investigación.

Todo lo anterior deberá desarrollarse con participación consultiva del sector privado, público, autónomo e incluyendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Consentimiento Informado en Casos de Investigación Médica

Art. 16.- Todo paciente al que se le proponga ser parte de una investigación médica, deberá hacer constar por escrito su voluntad, en el formulario indicado, y recibir la información adecuada y suficiente, la cual debe cumplir con las siguientes condiciones:

- a) Su diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas, intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas invasivas y no invasivas;
- b) Nombre de la investigación y objetivos de la misma en el que participará;
- c) Riesgos e inconvenientes presentes y futuros de participar en ese estudio, así como las molestias que pudieran generar;
- d) Derechos, responsabilidades y beneficios como participante en ese estudio;
- e) Recibir una copia de las normas éticas para investigaciones con sujetos humanos y pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos;
- f) Confidencialidad y manejo de la información, es decir, en el escrito se debe garantizar que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio, ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma; y,
- g) Retiro voluntario de participar en el estudio, sin que esta decisión repercuta en la atención que recibe en el instituto o centro en el que se atiende, por lo que no perderá ningún beneficio como paciente.

Otorgamiento del Consentimiento por Sustitución

Art. 17.- El consentimiento informado se otorgará por sustitución en los siguientes supuestos:

- a) Cónyuge o conviviente, o familiares, cuando el paciente esté circunstancialmente incapacitado para tomarlas. En el caso de los familiares, tendrá preferencia el de grado más Próximo y, dentro del mismo grado, el de mayor edad. Si el paciente hubiera designado previamente una persona a efectos de la emisión en su nombre del, Consentimiento informado, corresponderá a ella la preferencia;

- b) Cuando el paciente sea niña, niño o adolescente, o se trate de un incapacitado legalmente, el derecho corresponde a sus padres o representante legal, el cual deberá acreditar de forma clara e inequívoca, que está legalmente habilitado para tomar decisiones que afecten al paciente; y,
- c) En el caso de otorgamiento del consentimiento por sustitución, éste podrá ser retirado en cualquier momento en interés del paciente, por el mismo paciente o la persona que lo otorgó.

Excepciones a la Exigencia del Consentimiento Informado

Art. 18.- Son situaciones de excepción a la exigencia del consentimiento informado, las siguientes:

- a) Cuando la no intervención suponga un riesgo epidemiológico para la salud pública, según determinen las autoridades sanitarias;
- b) Cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones y no existan familiares o representante legal, o estos últimos se negasen injustificadamente a prestarlo, de forma que ocasionen un riesgo grave para la salud del paciente y siempre que se deje constancia por escrito de estas circunstancias;
- c) Ante una situación de emergencia que no permita demoras por existir el riesgo de lesiones irreversibles o de fallecimiento, y la alteración del juicio del paciente no permita obtener su consentimiento; y,
- d) Ante una situación de urgencia de paciente abandonado sin pleno uso de sus facultades mentales, el profesional médico tomará las decisiones correspondientes con el fin de brindar el soporte médico adecuado.

La situación de abandono y las acciones médicas deberán quedar consignadas en el expediente. En estos supuestos, se pueden llevar a cabo las intervenciones indispensables desde el punto de vista clínico a favor de la salud de la persona afectada, dando la facultad al médico la toma de decisiones.

Tan pronto como se haya superado la situación de emergencia o urgencia, deberá informarse al paciente lo ocurrido sin perjuicio de que mientras tanto se informe a sus familiares o representante legal.

Derecho a la Confidencialidad

Art. 20.- Los pacientes tendrán derecho a que se respete el carácter confidencial de su expediente clínico y toda la información relativa al diagnóstico, tratamiento, estancia, pronósticos y datos de su enfermedad o padecimiento, a menos que por autorización escrita del mismo o porque existan razones legales o médicas imperiosas, se deba divulgar tal información.

Art. 34. Los entes obligados deberán proporcionar o divulgar datos personales, sin el consentimiento del titular, en los siguientes casos: Cuando fuere necesario por razones estadísticas, científicas o de interés general, siempre que no se identifique a la persona a quien se refieran.

Deberes de los Prestadores de Servicios de Salud

Art. 33.- Todo prestador de servicios de salud, tendrá los deberes siguientes:

- a) Dar cumplimiento y asegurar la difusión de los derechos y deberes que esta Ley consagra, a todas las personas en atención a su salud;*
- b) Explicar a los pacientes y usuarios, de forma clara, concisa y detallada sobre la enfermedad o padecimiento que adolezcan, y su diagnóstico, tratamiento, medicación, duración y posibles efectos secundarios;*
- c) Garantizar el secreto profesional, tal como se especifica en el artículo 20 de la presente Ley;*
- d) Custodiar los expedientes clínicos de los pacientes, adoptando las medidas técnicas y procedimientos adecuados para el resguardo y protección de los datos contenidos en los mismos y evitar su destrucción o pérdida;*

LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Art. 18.- Medidas para la salvaguarda del derecho a la vida

Cuando una niña, un niño o adolescente deba ser tratado, intervenido quirúrgicamente u hospitalizado de emergencia por hallarse en peligro inminente de muerte o de sufrir daños irreparables en su salud física, se le prestará atención médica-quirúrgica en el centro público o privado de salud más cercano, para estabilizar al paciente y luego remitirlo al centro de atención correspondiente; la atención médica se brindará, debiendo el profesional médico proceder como la ciencia lo indique y comunicar luego el procedimiento seguido al padre, la madre, el representante o responsable.

Si la situación no es de emergencia, pero se pudieran derivar daños irreparables a la salud física del niño, niña o adolescente, el profesional médico solicitará al padre, la madre, representante o responsable la autorización para la hospitalización o intervención de la niña, niño o adolescente y en caso de ausencia u oposición de estos, el profesional médico podrá solicitar la intervención del Procurador General de la República, quien deberá resolver en el plazo máximo de veinticuatro horas.

Art. 75.- Registro en las instituciones de salud

La dirección o administración de las instituciones hospitalarias, sean públicas o privadas, deben llevar un registro de los nacimientos que se produzcan en los mismos por medio de fichas médicas individuales, en las cuales se incluya la siguiente información:

- a) Datos médicos relacionados con el nacimiento;*
- b) Identificación del recién nacido, nombre y apellidos, conforme las indicaciones proporcionadas por la madre, padre, representante o responsable;*
- c) Registro de la impresión plantar de la persona recién nacida;*
- d) Datos de identificación de la madre, con su firma y huellas dactilares;*

- e) *Datos de identificación del padre, con su firma y huellas dactilares, cuando estuviere presente; y,*
- f) *Fecha y hora del nacimiento, sin perjuicio de otros métodos de identificación.*

La información relativa a la filiación paterna y materna versará exclusivamente sobre la declaración y reconocimiento voluntario formulada por ellos.

LEY GENERAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LOS LUGARES DE TRABAJO Y SUS REGLAMENTOS

CAPITULO IV. ILUMINACION

Art.41.-Para la iluminación de los lugares de trabajo, se dará preferencia a la luz solar difusa.

Art.42.- Todos los espacios interiores de una fábrica o establecimiento, deben ser iluminados con luz artificial, durante las horas de trabajo, cuando la luz natural no sea suficiente. El alumbrado artificial debe ser de intensidad adecuada y uniforme, y disponerse de tal manera que cada máquina, mesa o aparato de trabajo quede iluminado de modo que no proyecte sombras sobre ellas, produzca deslumbramiento o daño a la vista de los operarios y no altere apreciablemente la temperatura. Los niveles de iluminación para las diferentes actividades de trabajo así como los demás aspectos técnicos relativos a este tema se regularán en el reglamento respectivo.

CAPITULO V. VENTILACIÓN, TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA

Art. 43.- Todo lugar de trabajo deberá disponer de ventilación suficiente para no poner en peligro la salud de los trabajadores considerando las normativas medioambientales.

LEY DE SERVICIO CIVIL (Decreto No. 507)

III- Que para garantizar la eficiencia de la administración en beneficio del interés público, es indispensable que la ley especial sobre la materia regule también los deberes y prohibiciones a que deben quedar sujetos los funcionarios y empleados;

CODIGO DE SALUD

Art. 35.- Se prohíbe a los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes, relacionados con la Salud:

- L1) Expedir certificaciones profesionales por complacencia o dando datos falsos sobre el padecimiento de enfermedades no existentes.*

POLITICA INSTITUCIONAL DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS.

3). PRESENTACIÓN.

La dirección General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP) en lo referente al funcionamiento de los archivos de la institución, creo el Departamento de Gestión Documental y Archivos, responsable de organizar, conservar, administrar y proteger el patrimonio

documental de la Institución en forma eficiente y eficaz, con el propósito de apoyar en la toma de decisiones de la gestión administrativa, fomentar la transparencia y el acceso de la información pública.

5). MARCO CONCEPTUAL.

La Política Institucional de Gestión Documental y Archivos, es un breve documento que demuestra el compromiso de la Dirección General del ISSS, en implementar un Sistema de Gestión Documental, orientado a normalizar los procesos de elaboración, manejo y custodia de la documentación institucional.

7). POLITICA INSTITUCIONAL DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS.

"Nuestra Política de Gestión Documental y Archivos es el conjunto integrado y normalizado de principios y prácticas que regirán a la institución en el manejo, resguardo y acceso a los documentos que producen todas las unidades administrativas y de salud que conforman el ISSS, a efecto de crear un Sistema Institucional de Gestión Documental y Archivos, conocido por sus siglas como SIGDA"

NORMA TÉCNICA PARA LA CONFORMACIÓN, CUSTODIA Y CONSULTA DE EXPEDIENTE CLÍNICO. Ministerio de Salud (Diario Oficial, Acuerdo No. 941)

CONSIDERANDO:

- I. Que de conformidad al Art. 40 del Código de Salud, el Ministerio de Salud es el organismo competente para emitir normas pertinentes de actividades relacionadas con la salud;*
- II. Que de acuerdo con lo prescrito por el art. 42 numeral 2, del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, compete al Ministerio de Salud, dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones tú que sean necesarias para resguardar la salud de la población;*
- III. Que los artículos 4 literal b) y 5 literal a) de la Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud, establece que es competencia del ministerio, emitir normas técnicas para la conformación, custodia y consulta de expediente clínico;*
- IV. Que los artículos 3 literales e. f. y g. y 42 de la Ley de acceso a la información pública, establece que los entes obligados al cumplimiento de asegurar el correcto funcionamiento de los archivos, promoviendo el uso de tecnologías de información y comunicación, que garanticen la actualización de los datos; contribuyendo así al correcto ejercicio del derecho a la protección de datos personales regulado en el art. 31 del mismo cuerpo normativo; y*
- V. En virtud de los considerandos anteriores y con el propósito de cumplir con la producción, resguardo, conservación y acceso a los documentos y archivos, se hace necesario emitir disposiciones técnicas que regulan la gestión documental.*

NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL (NTCI) DEL ISSS.

Documentación, Actualización y Divulgación de Políticas y Procedimientos.

- Art. 42. *El Departamento responsable de la Administración de la Normativa Institucional deberá revisar de forma periódica, la vigencia de dichos documentos o a solicitud del Usuario responsable de su aplicación, a fin de verificar si existen cambios no reportados y efectuar de manera conjunta la actualización correspondiente.*
- Art.43. *Los centros de Atención, Subdirecciones, Unidades, Divisiones, Departamentos y demás dependencias del Instituto, deberán desarrollar sus actividades con base en las funciones y procedimientos establecidos en los manuales de Organización, Manuales de Normas y Procedimientos y otras normas o regulaciones aplicables a cada Dependencia.*
- Art.44. *Será responsabilidad de cada Jefatura, solicitar al área correspondiente, cada vez que sea necesaria, la mejora de los procesos; así como también, la actualización de sus documentos normativos relacionados vigentes.*
- Art.45. *El personal que ejecute los procedimientos, será responsable de informar a la Jefatura inmediata, las inconsistencias en los procesos y/o en los sistemas de información, a fin de que se apliquen las medidas correctivas o preventivas necesarias.*

Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación.

- Art. 46. *Será responsabilidad de las jefaturas superiores del Instituto, autorizar oportunamente los documentos normativos que sean generados por las dependencias encargadas de su elaboración.*
- Art.47. *Las dependencias responsables de elaborar documentos normativos de aplicación general para el funcionamiento del Instituto, deberán solicitar de acuerdo al ámbito que le corresponda la autorización del nivel superior de conformidad de la estructura organizativa vigente.*

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Diseño y Uso de Documentos y Registros.

- Art. 48. *Los documentos y registros de uso interno institucional deberán estar en concordancia con los procedimientos definidos a fin de lograr los objetivos de lo organización y del control interno.*
- Art.49. *Las revisiones y enmiendas de los documentos de uso oficial, serán permitidas solamente con la aprobación del área responsable de documentar, divulgar y distribuir los instrumentos técnicos administrativos actualizados a los usuarios.*

I. INTRODUCCIÓN

El expediente clínico y en general todos los registros médicos, constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, por lo que su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, optimiza la gestión de la administración de los establecimientos de salud, protege los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como también proporciona información con fines de investigación y docencia. Por ello, es necesario conducir correctamente todos los mecanismos y procedimientos que se relacionan con los expedientes clínicos desde su apertura, de manera tal, que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad, las demandas cada vez más exigentes de los usuarios y de los prestadores de servicios de Salud.

La presente norma contiene regulaciones relacionadas a la clasificación, apertura, actualización, control, archivo, custodia, préstamo, transferencia entre dependencias de los expedientes clínicos de los pacientes del ISSS.

Para su actualización se tomó de base la Norma para el Expediente Clínico en vigencia desde Marzo 2009 y la Norma Técnica para Conformación, Custodia y Consulta de Expediente Clínico, emitida por el Ministerio de Salud; se incorporan en el nuevo documento, todas las consideraciones registradas como necesarias por los diferentes usuarios de la red, a fin de que su cumplimiento permita el desarrollo de una cultura de calidad permitiendo los usos: Asistenciales, jurídico, investigación, evaluación, estadístico y administrativo.

II. OBJETIVO

GENERAL.

Normar y estandarizar la metodología para la elaboración, integración, ordenamiento, uso, archivo, préstamo, custodia, depuración y transferencia entre dependencias para resguardo del Expediente Clínico en la red de establecimientos del ISSS.

ESPECÍFICOS.

- a) *Describir las actividades que el personal de salud realiza al proporcionar una atención médica al paciente.*
- b) *Determinar las dependencias que tienen resguardo especial del expediente clínico.*

- c) *Establecer la secuencia lógica para la apertura, actualización, préstamo, custodia, control, archivo, depuración, transferencia entre dependencias y para el resguardo de los expedientes clínicos de los pacientes del ISSS.*
- d) *Lograr mayor eficiencia, calidad y control de los registros médicos de los pacientes del Instituto, ahorrando tiempo y esfuerzo en la ejecución del trabajo, al evitar la duplicidad de funciones dentro de los procesos.*
- e) *Servir de guía para la capacitación y orientación del personal involucrado en el desarrollo de los diferentes procesos relacionados con el expediente clínico en el ISSS, brindando los lineamientos específicos para mantener una administración adecuada de los servicios prestados.*
- f) *Cumplir con los requerimientos legales respectivos.*

III. CAMPO DE APLICACIÓN

El presente documento, "Norma para el Expediente Clínico del ISSS 3ª Edición", Es de aplicación general y sus disposiciones son de cumplimiento obligatorio para los prestadores de servicios de salud, áreas administrativas y financieras del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en el ámbito de sus competencias; además está en concordancia con disposiciones de otras normativas vigentes del Instituto.

IV. DEFINICIONES

Para los efectos de este ordenamiento se entenderá por:

1. **Alta voluntaria:** *Terminación de la prestación de servicio médico a solicitud del usuario o persona responsable de él, sin haber concluido el tratamiento, bajo su propio riesgo.*
2. **Atención médica:** *Conjunto de servicios o acciones específicas que se proporcionan directamente al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su Salud.*
3. **Archivo o registro médicos:** *Es la dependencia responsable del manejo, control, custodia y conservación del expediente clínico y demás documentos de salud derivados de la atención de los pacientes.*
4. **Archivo Central:** *Resguarda la documentación en su fase semiactiva, transferida por las dependencias de salud y administrativas.*
5. **Archivo especializado:** *Son de gestión, pero en ello se manejan expedientes propios del servicio que presta la institución que debido al volumen, al carácter confidencial de su información y en*

muchos casos de datos personales, requieren un manejo, depósito y medidas de protección especiales para su correcta administración.

6. **Constancia Medica:** Documento elaborado por el médico tratante o por Trabajo Social del ISSS, donde se hace constar la condición de Salud del Paciente, la cual debe ser autorizada por la Dirección local o su delegado.
7. **CISED:** Comité Institucional de Selección y Eliminación de Documentos, por medio de quienes la institución avala y transparenta los plazos de conservación documental establecidos por las unidades administrativas y de salud, a fin de proteger la información, las actuaciones públicas y el patrimonio documental de las instituciones. Así mismo, define la disposición final de la documentación.
8. **Consentimiento informado:** es el documento que tiene la conformidad expresa del paciente o representante legal, manifiesta por escrito, previa la obtención de la información adecuada, suficiente y continua, claramente comprensible para él, ante una intervención quirúrgica, procedimiento terapéutico, diagnóstico, investigación científica y en general siempre que se lleven a cabo procedimientos que conlleven riesgos relevantes para la salud; el mismo puede ser retirado en cualquier momento.(LEY DE DERECHOS DEL PACIENTE)
9. **Custodia:** Responsabilidad sobre el cuidado de los documentos, que se basa en su posesión física.
10. **Datos personales:** La información privada concerniente a una persona, identificada o identificable, relativa a su nacionalidad, domicilio, patrimonio, dirección electrónica, número de teléfono u otra análoga.
11. **Derecho de rectificación:** es el derecho de la persona usuaria o su representante a que se modifiquen datos del expediente clínico que resulten ser inexactos, incompletos o desactualizados.
12. **Documentación clínica:** documentación clínica es toda información administrativa o clínica referida a un paciente o usuario de los servicios de salud, está constituida por soportes físicos o electrónicos que contienen datos relacionados con episodios o contactos de carácter clínico y de información relacionada al ámbito familiar y comunitario relacionados a la Salud. Art 5
13. **Documentación no clínica:** documentación no clínica es el soporte físico o electrónico que contiene datos gerenciales, de personal de salud, compras, gastos-consumos y actas o documentos administrativos que no están relacionados con episodios o contactos clínicos.

14. **Emergencia:** *Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en riesgo de peligro la vida, la pérdida o una función de un órgano (independientemente de la edad). Requiere la intervención rápida del médico e incluye algunos actos que se pueden postergar.*
15. **Expediente clínico:** *es el documento legal el cual se incorporan detallada ordenadamente datos indispensables y generados en la atención de la persona usuaria, se considera un registro organizado del proceso de atención, proporciona respaldo en procedimientos legales, administrativos y técnicos tanto a personas usuarias como para el personal de salud y se constituye en fuente de información primaria para vigilancia epidemiológica, investigación clínica y docencia. La información debe ser registrada por el personal médico, personal de salud u otro autorizado por la junta de Vigilancia respectiva y que ha brindado la atención; en él se registran las atenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, habilitación y rehabilitación realizadas con la finalidad de dejar evidencia de la situación de salud, diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad.*
16. **Expediente clínico activo:** *es el utilizado de forma periódica, debido al registro continuo de consultas médicas brindadas al paciente.*
17. **Expediente clínico pasivo:** *es el que no ha registrado ninguna consulta médica, por un período de cinco años. Asimismo, serán pasivos todos aquellos expedientes clínicos de pacientes que hayan fallecido, por lo cual deberán ser conservados en el centro de atención por un plazo de cinco años.*
18. **Folio:** *Hoja de un Libro (expediente).*
19. **Hoja de aceptación o denegatoria de tratamiento o procedimiento diagnóstico/terapéutico:** *Documentos escritos, firmados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte o rechace, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados cualquier atención de salud según se establece en el presente documento, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación. Estos documentos sólo podrán ser revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.*
20. **Interconsulta:** *Solicitud que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, dentro del mismo establecimiento o entre niveles de muy alta complejidad a petición del médico tratante.*

21. **Paciente:** Persona beneficiaria directa de la atención médica, sea de carácter preventivo, curativo o de rehabilitación, que demanda servicios de salud
22. **Referencia:** Procedimiento médico administrativo utilizado entre unidades operativas de los diferentes niveles de atención del ISSS, para canalizar la y facilitar el envío-recepción-retorno de pacientes, con el propósito de brindar atención médica de calidad, según el Portafolio de Servicios y la capacidad de resolución de los centros de atención de la red institucional.
23. **Resumen clínico:** Documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.
24. **Urgencia:** Nombre genérico para designar los casos o situaciones que requieren una actuación o tratamiento correctos dentro de un periodo de tiempo razonable. La urgencia a diferencia de la emergencia, no comporta una situación que ponga en riesgo la vida del paciente, aunque una urgencia puede complicarse en una emergencia.
25. **Usuario:** Toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

I. DISPOSICIONES GENERALES.

1. El Expediente Clínico del ISSS, es una recopilación organizada de registros médicos en la atención de los pacientes y se considera un documento legal y confidencial, el cual estará conformado en un soporte que garantice autenticidad, integridad y conservación.
2. El paciente tendrá derecho al acceso de su información a través de los mecanismos establecidos en la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP).
3. El Instituto a través de las áreas designadas, elaborarán un plan integrado de conservación de documentos, que incluya lo relacionado a la conservación del expediente clínico.
4. En el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, la evaluación técnica del expediente, la verificación del cumplimiento operativo de normativas y otras disposiciones legales aplicables será responsabilidad de la Comisión de Expedientes Clínicos. Los criterios de evaluación, valoración, tratamiento y disposición final de los documentos Clínicos será responsabilidad del Comité Institucional de Selección y Eliminación de documentos en el ISSS (CISED).

5. *Los Directores, Administradores, Jefaturas de Servicio e integrantes de la Comisión de Expedientes Clínicos y Comité Institucional de Selección y Eliminación de Documentos (CISED), así como el personal de los centros de atención y clínicas empresariales adscritas al ISSS, son responsables de cumplir las normas para el expediente clínico en forma ética y profesional, en el ámbito de sus competencias.*
6. *Las jefaturas de los centros de atención deberán mantener la norma en digital y ponerla a disposición del personal permanente e interino para consulta y análisis del trabajo.*
7. *El personal médico, personal de enfermería u otro personal de salud autorizado por la junta de Vigilancia respectiva, deberán consignar en el Expediente Clínico en secuencia cronológica el registro de las actividades que realizan al proporcionarle una atención al paciente. El expediente debe ser constituido o concebido como un instrumento de registro objetivo y comprensible por terceros y no solo por quien escribe en él.*
8. *El personal de Archivo Clínico debe garantizar el resguardo, clasificación, ordenamiento, custodia, préstamo y transferencia de los expedientes clínicos del ISSS. Así mismo, de la confidencialidad relativa al manejo y contenido del mismo.*
9. *El personal del Instituto que identifique daño, alteración, copia o extracción no autorizada, extravió total o parcial de un expediente deberá informar por escrito a la máxima autoridad del centro de atención.*
10. *La seguridad física en el resguardo del expediente clínico debe ser verificada en los procesos de supervisión institucional.*
11. *El Programa de Salud Mental y la Unidad de Geronto-Geriatria mantendrán el resguardo especial de sus expedientes clínicos.*
12. *Los directores de los centros de atención deberán hacer las gestiones necesarias para el cumplimiento de las adecuaciones de área física y mobiliario para el resguardo del expediente clínico, de acuerdo al plan de trabajo que para tales efectos se establezca.*

II. MANEJO Y CONTENIDO DE EXPEDIENTE CLÍNICO.

➤ ARCHIVO CLÍNICO.

13. *Las principales funciones del personal de archivo clínico del ISSS son: la constitución, manejo, custodia de los expedientes clínicos y la de proveer los insumos pertinentes para la elaboración*

de la Estadística y la Bioestadística que se deriva de los mismos, debiendo dar cumplimiento a los procedimientos que forman el proceso de Archivo Clínico Vigente.

- 14. El personal de archivo clínico deberá conocer, cumplir y hacer cumplir la presente norma y todos los documentos regulatorios vigentes, aplicables en el ejercicio de las funciones directas e indirectas que le corresponden a su cargo, y deberá garantizar y controlar las medidas de seguridad al interior del archivo.*
- 15. El personal del ISSS que constituye, maneja y custodia el expediente clínico deberá utilizar la información con absoluta confidencialidad, en atención a los principios legales y éticos que orientan la práctica sanitaria, y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, según marco legal vigente.*
- 16. El expediente clínico, deberá ser conservado en un área que reúna las condiciones seguras para su resguardo; la cual será declarada como área restringida con acceso limitado al personal de salud autorizado.*
- 17. El personal de archivo debe orientar a las personas usuarias autorizadas a acceder a los expedientes clínicos o a datos de salud, en lo relativo a las medidas de seguridad a aplicar, así como de las funciones y obligaciones a que están sujetas. Ninguna persona sin autorización, tendrá acceso a la documentación contenida en el Archivo Clínico.*
- 18. El personal de archivo clínico, debe verificar como medida de seguridad, que cuando una persona ajena al personal del establecimiento y con la autorización correspondiente deba ingresar al área, debe dejar constancia del nombre, procedencia, motivo, fecha, hora de ingreso y egreso.*
- 19. Archivo Clínico de los Centro de Atención deberá contar con un registro, inventario del número de expedientes clínicos bajo su gestión, en soporte de papel o electrónico, para facilitar la búsqueda y evitar duplicados.*
- 20. El personal de archivo clínico deberá elaborar anualmente un "Cronograma de Actividades" para realizar la depuración de expedientes clínicos pasivos. La depuración podrá realizarse como mínimo 1 vez al año y de acuerdo a lo definido Manual de Normas y Procedimientos Oficina de Gestión Documental y Archivos (OGDA), para efectos de ser transferidos al archivo central para su resguardo.*
- 21. Los expedientes clínicos deberán ser archivados según el número de afiliación del ISSS, por lo que se tomará como primer criterio el año de inscripción, luego el año de nacimiento del afiliado*

y finalmente el correlativo de Archivo Clínico; del mismo modo, se colocarán por separado los expedientes pediátricos y de adolescentes, pero siempre bajo el control de Archivo Clínico.

22. Los expedientes clínicos activos voluminosos, podrán ser separados en tomos de 150 folios a efectos de facilitar su manejo; dichos tomos serán identificados de forma correlativa (tomo I, tomo II y así consecutivamente) y el registro de información se realizará en el tomo más reciente. Dichos expedientes deberán ser separados únicamente por personal de archivo clínico.
23. El personal de archivo clínico será el responsable de incorporar al expediente clínico toda la información generada en la consulta externa, hospitalización o emergencia.
24. Si en un centro de atención existieren dos o más expedientes clínicos de un mismo paciente, el Archivista Clínico deberá integrarlos en uno solo; se exceptúan a lo anterior los expedientes clínicos bajo responsabilidad de los Comités Multidisciplinarios de Salud Mental y la Unidad de Geronto-Geriatria, que requieren estricta confidencialidad en el manejo del diagnóstico e información, de acuerdo a lo estipulado en la Convención de Caracas.
25. En caso de encontrar expedientes de pacientes con más de un número de afiliación deberán integrarlos y la ubicación del expediente en el estante de archivo será a predominio del estatus vigente.
26. Cuando el expediente clínico es manejado por el personal de archivo clínico, médico, odontólogo, enfermería, técnico de salud y otros profesionales de la salud de las dependencias institucionales que en el ejercicio de sus facultades, deban hacer uso del mismo, serán responsables de su custodia, mientras el expediente clínico esté bajo su posesión y deberán devolverlo al archivo clínico al finalizar su trabajo, a través de los mecanismos establecidos.
27. Todo expediente clínico que se encuentra fuera de Archivo Clínico y deba ser enviado a otra área como resultado de una atención médica, por gestiones pendientes generadas de la misma atención o que tenga otra consulta cercana, se deberá utilizar la ficha del "expediente múltiple" de acuerdo al procedimiento normado en el Manual de Proceso Gestionar Expedientes Clínicos, vigente y deberá ser devuelto inmediatamente al Archivo Clínico al finalizar por la última persona responsable del expediente detallada en la ficha.
28. Los pacientes que por su complejidad clínica, sean referidos para recibir servicios de salud a otro centro de atención, deberá crearse un expediente nuevo, si no cuenta con uno en ese centro.
29. Cuando haya necesidad de referir a un paciente de consulta externa, del área hospitalaria o emergencia a otro centro de atención de la red del ISSS, no se deberá entregar el expediente

para ser integrado o incorporado en el centro al que se ha referido, debiendo quedar el expediente siempre resguardado en el centro donde se generó la atención. A excepción de lo dispuesto en el numeral 147 de esta norma.

➤ **EXTRAVÍO O DAÑO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.**

30. *El Personal de salud deberá notificar al Director del Centro de Atención o su delegado, el extravío o daño total o parcial de un expediente clínico.*
31. *El Director del Centro de Atención, al ser notificado del extravío o daño del expediente clínico, deberá:*
 - i. *Notificar inmediatamente o a la mayor brevedad posible a la Jefatura o Encargado de Archivo Clínico, para que realice las gestiones necesarias según sea el caso, en un período máximo de 15 días hábiles.*
 - ii. *El Personal de Archivo Clínico, transcurrido el plazo, presentará el informe de verificación por escrito a la máxima autoridad del establecimiento, para que sobre la base del mismo se deduzcan responsabilidades y se ordene la reconstrucción pertinente del expediente, a partir de la documentación paralela que pueda existir en cualquier soporte de datos de diferentes episodios clínicos disponibles. (Agendas, censos, registros de farmacia, recetas, entre otros)*
 - iii. *Si efectuadas las gestiones y no puede realizarse la reconstrucción del expediente clínico, se debe dejar constancia de ello en acta, la cual deberá ser firmada por la Comisión de Expedientes Clínicos.*
 - iv. *Si después de haber realizado la reconstrucción o emitida el acta, el expediente clínico extraviado aparece, se procederá a la integración de un solo expediente, prevaleciendo siempre la documentación original.*
32. *La máxima autoridad de los centros de atención, así como las jefaturas de otras dependencias de la institución que participen en el manejo o resguardo del expediente, deberán deducir responsabilidades por daño, deterioro, alteración, copia o extracción no autorizada, extravío total o parcial del expediente clínico conforme a los procedimientos establecidos en el Reglamento Interno, el Contrato Colectivo de Trabajo y otras disposiciones legales de la materia conforme a derecho corresponda.*
33. *El director del centro de atención en los casos de observar un posible ilícito, deberá notificar a la Unidad Jurídica del ISSS, para que realice las gestiones necesarias.*

➤ **ÁREA FÍSICA, MOBILIARIO Y EQUIPO PARA RESGUARDO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.**

34. El archivo clínico, debe ser un área física separada del resto de dependencias del centro de atención y no un lugar de acceso hacia otras áreas. Como medida de seguridad debe contar con puertas con sistema de apertura por llave o dispositivo equivalente, debiendo permanecer cerrado.
35. Virtualmente se dividirá en dos áreas: una destinada a las labores de conformación de expedientes, para lo cual se necesita de escritorios o mesas de trabajo y otra área ocupada por los estantes que resguardan los expedientes clínicos.
36. El área física del archivo clínico debe contar con: buena iluminación y adecuadas instalaciones eléctricas, ventilación, resguardo para evitar fluctuación térmica y humedad, prevenir riesgos por zonas susceptibles a inundación, daño de las tuberías, disposición y separación adecuada entre los estantes, entre otros.
37. El área física archivo clínico, deberá permanecer libre de plagas; el personal encargado debe gestionar el servicio de fumigación para el control y exterminio de plagas y vectores, de acuerdo a La "Normativa para el Control en los Servicios de Fumigación en el Exterminio de Plagas en las Dependencias del ISSS".
38. Los estantes se colocarán en filas dobles con circulación intermedia que no sea menor a ochenta centímetros (80 cm.), deben ser metálicos, estar fijados entre ellos mismos y hacia la infraestructura del inmueble, en no menos de tres puntos y con ventanas protegidas para evitar el efecto de la luz solar en los expedientes clínicos.
39. Los directores de los centros de atención deberán hacer las gestiones necesarias para el cumplimiento de las adecuaciones de área física y mobiliario para el resguardo del expediente clínico, de acuerdo al plan de trabajo que para tales efectos se establezca.

➤ **NORMAS DE ALMACENAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE EXPEDIENTE CLÍNICOS AL ARCHIVO ESPECIALIZADO.**

40. El Expediente Clínico es un documento clasificado como confidencial, de conformidad a lo establecido en el Art. 24 de la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP). Estará catalogado como activo si es utilizado en forma periódica, es decir, cuando las consultas médicas se registren continuamente, y pasivo los que **no registren actividad en 5 años**.

41. *La información del expediente clínico es propiedad del Paciente, no obstante el Instituto es el responsable del resguardo y su uso para fines médicos, debe ser conservados en los centros de atención, por un **período de 5 años** desde la fecha de la última consulta, tiempo de conservación requerido previo a su transferencia al archivo especializado para el **resguardo por otros 5 años, a completar 10 años.***

Expedientes clínicos de fallecidos.

42. *Para el manejo o tratamiento de los expedientes clínicos de fallecidos, el personal de archivo clínico de los centros de atención deberá consultar el sistema de agenda médica, periódicamente, a fin de identificar los derechohabientes fallecidos, debiendo clasificarse como pasivos dichos expedientes y archivarlos en un estante específico para fallecidos, ordenándolos cronológicamente por fecha de fallecimiento.*
43. *Una vez depurados los expedientes clínicos de fallecidos (según el Manual de Proceso Gestionar Expedientes Clínicos) serán transferidos al archivo central especializado para su resguardo **por 5 años** para muerte por causas naturales y **10 años por causa externa** a partir de la fecha de defunción.*

Traslado de expedientes de Clínica Empresarial

44. *En el caso de cierre de Clínica Empresarial, el traslado de los expedientes clínicos se realizará de acuerdo a lo descrito en el Manual de Normas y Procedimientos del Sistema de Atención de Salud Empresarial marzo 2017, literal 30: "Prevía notificación escrita del cierre de una empresa, el Director del Centro de Atención de Adscripción, deberá elaborar un acta de los insumos y medicamentos recuperados y trasladar los Expedientes Clínicos de los trabajadores al Servicio de Archivo Clínico de su Centro de Atención de Adscripción, de aquellas empresas que cierren sus actividades y de los pacientes que han dejado de laborar en esa empresa."*

Transferencia de expedientes clínicos al Archivo especializado

45. *Para el proceso de transferencia de expedientes clínicos pasivos al archivo especializado se dará cumplimiento a lo establecido en el "Manual de Normas y Procedimientos de la Oficina de Gestión Documental y Archivos", y el "Manual de Normas y Procedimientos Realizar Descarte, Disposición Final y Reciclaje de Bienes en los Centros de Atención y Dependencias Administrativas".*
46. *El encargado del archivo, para efectos de control, deberá elaborar un inventario con la información y detalle de los expedientes clínicos pasivos a transferir.*

47. *Previo a realizar la transferencia al Archivo Especializado del ISSS, se deberá enviar el inventario de los expedientes clínicos pasivos a la Oficina de Gestión Documental y Archivos (OGDA), por medio de correo electrónico y en el formato que ésta establezca.*
48. *Cuando se realice una transferencia de expedientes el responsable del archivo receptor debe de verificar los datos consignados en el registro de la transferencia, consignar la información correspondiente a la validación y aceptación de los documentos recibidos, con la evidencia requerida para ambas partes.*
49. *Los expedientes clínicos deben ser archivados secuencialmente por años y número de afiliación, de forma tal que facilite su extracción o futuras depuraciones y descartes. Dando cumplimiento a lo descrito en el "Manual de Normas y Procedimientos para el Descarte, Disposición Final y Reciclaje de Bienes en los Centros de Atención y Dependencias Administrativas."*

➤ **DOCUMENTOS NO CLÍNICOS RELACIONADOS A LA ATENCIÓN EN SALUD.**

50. *Los documentos no clínicos que cada centro de atención, de acuerdo a su complejidad, puede gestionar son los siguientes:*
 - a. *Registros diarios de atenciones o tabuladores de actividades.*
 - b. *Registro de cirugías programadas y realizadas.*
 - c. *Agendas de citas médicas.*
 - d. *Listados de citas para procedimientos*
 - e. *Registros de hechos vitales.*
 - f. *Registros de información del ámbito familiar y comunitario de los pacientes.*
 - g. *Censo de movimientos diarios de pacientes*
 - h. *Otros documentos que se utilizan para programar la emisión y recepción de expedientes, control de emisión de recetas, entre otros.*
51. *Los documentos catalogados como no clínicos, se deben de conservar durante 3 años posterior a su producción, en casos el CISED podrá adicionar un plazo mayor.*

III. NORMAS RELATIVAS A LA CONSTITUCIÓN, MANEJO Y CASOS ESPECIALES DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.

➤ **NORMAS DE CONSTITUCIÓN DEL EXPEDIENTE CLINICO.**

52. *Todo expediente clínico dentro del ISSS debe estar constituido de la siguiente forma:*

- a) *Carátula con colores diferentes según su clasificación: amarilla para Cotizantes (Trabajador activo o pensionado), celeste para Beneficiarios (de trabajador activo, de pensionados y adolescentes), verde para población infantil.*
 - b) *Logo, siglas y nombre de la Institución.*
 - c) *Número de identificación, según lo establece el ISSS y nombre según los registros del ISSS (preferiblemente tomado de los sistemas a disposición), el cual debe ser transcrito según lo especifican los espacios impresos en la carátula, con tinta, letras y números legibles. Art 10*
 - d) *Documentación básica que sea indicada para la atención a la salud, según lo establecen normas relativas a los documentos de conformación del expediente clínico.*
53. *El personal de archivo que apertura los expedientes clínicos de las agendas médicas, deberá verificar que contenga toda la papelería necesaria y que esté debidamente identificada.*
54. *Para los pacientes que se inscriben en las diferentes atenciones por cursos de vida el Archivista, al momento de preparar la agenda médica, deberá integrar y rotular la papelería correspondiente en el Expediente Clínico.*
55. *El personal que prepare el expediente para el acto médico, en los consultorios o clínicas de atención, deberá revisar que contenga los formularios necesarios para el registro de dicho acto y, en caso de no tenerlas, incorporar los que sean necesarios.*
56. *Las notas en el expediente clínico deben estar en orden cronológico, escritas en forma legible, no se debe: tachar, escribir sobre lo ya escrito, borrar, dejar espacios en blanco, ni añadir nada entre renglones; ante una equivocación debe encerrar entre paréntesis la sección incorrecta e inmediatamente escribir "enmendado" así como aclarar lo que sea necesario.*
57. *Cada anotación debe escribirse con tinta, llevar fecha y hora en la que se realiza, ubicando al final firma y sello autorizado por la Junta de Vigilancia de la Profesión correspondiente.*
58. *Las hojas del expediente clínico y formularios que se anexen en el servicio o especialidad, deberán ser identificadas con la información requerida en el encabezado de cada una de las mismas, estampando en todos los casos el sello del Servicio Clínico/Especialidad, Centro de Atención.*
59. *El expediente clínico tendrá registradas en las hojas de evolución las atenciones brindadas por los profesionales de Nutrición, Trabajo Social, Psicología y Salud mental, Terapia respiratoria, Licenciados o Técnicos de anestesia (donde no existan Médicos Anestesiólogos), y demás*

personal de salud según sea necesario, atendiendo a los principios legales y éticos que orientan su práctica.

60. *Todas las atenciones brindadas dentro del componente de salud bucal serán registradas en el expediente clínico de acuerdo a las normas y procedimientos vigentes.*
61. *El registro de las transfusiones de sangre o de sus derivados, se hará en la Hoja para Transfusiones Sanguíneas y se ubicará inmediatamente después de la Hoja de Exámenes de Laboratorio Clínico en el expediente clínico, toda la Información pertinente exceptuando los datos generales y los hemoderivados que se soliciten será llenada en la hoja respectiva por el personal del Servicio de medicina transfusional.*
62. *El expediente clínico de los pacientes atendidos mediante Convenio por Emergencia/Urgencia se constituirá cumpliendo con lo establecido en "Instructivo para la Operativización de Convenio para la Prestación de Servicios de Salud entre el MINSAL y el ISSS".*
63. *Los expedientes clínicos pasivos que se encuentren en una situación jurídico-legal deben ser protegidos por el Director Local o por quien éste designe, hasta que su litigio sea resuelto; dando cumplimiento en todos los casos a lo contenido en la LAIP y sus reglamentos.*
64. *Todo expediente clínico, después de su utilización, debe ser devuelto inmediatamente al archivo clínico a más tardar en las próximas 48 horas según lo establecen las normas vigentes para cada caso.*
65. *Cuando a un paciente se le programe un procedimiento quirúrgico en otro Centro de Atención del ISSS, se deberá remitir el expediente clínico a más **tardar 10 días calendario** antes de la fecha del procedimiento, conforme al procedimiento establecido en Manual de Procesos, Gestionar Expedientes Clínicos, (procedimiento: prestar expedientes clínicos.)*
66. *En casos excepcionales en los que se requiera los expedientes en un tiempo menor archivo clínico, previa solicitud del área pertinente coordinará con el archivo del Centro de Atención receptor.*
67. *Posterior al registro del alta del paciente, el expediente clínico deberá ser retornado dentro de **los 5 días hábiles**, por medio de Boletín de Remisión, al centro de atención que programó el procedimiento quirúrgico.*
68. *Cada salida del expediente clínico del archivo del centro de atención donde se realizará el procedimiento quirúrgico, debe ser registrado según lo normado en los procedimientos del*

Manual de Procesos, Gestionar Expedientes Clínicos, (procedimiento: prestar expedientes clínicos).

69. *Al recibir el expediente del centro de atención donde se realizó el procedimiento quirúrgico, los formularios resultantes se anexarán en forma completa, por orden cronológico al final del expediente de consulta externa, de forma tal que quede conformado para las consultas subsecuentes.*

➤ **SOLICITUD DE EXPEDIENTES CLÍNICOS, RESÚMENES Y CONSTANCIAS MÉDICAS.**

70. *En la Oficina de Información y Respuesta (OIR) de la Institución, el paciente o su representante legal acreditado podrán solicitar acceso directo, copia de su expediente clínico, resumen o cualquier otro dato o documento contenido en el mismo.*
71. *El paciente que se encuentre hospitalizado, podrá solicitar al médico tratante o responsable, el acceso directo al expediente clínico bajo la supervisión del personal de salud responsable de la custodia en ese momento. Dicho acceso del expediente clínico el médico deberá consignarlo en la hoja de evolución.*
72. *El paciente en la consulta, podrá solicitar al médico el acceso directo al expediente clínico, bajo la supervisión del personal de salud responsable de la custodia en ese momento. Dicho acceso del expediente clínico el médico deberá consignarlo en la hoja de consulta.*
73. *En caso que el paciente solicite reproducción del expediente clínico deberá tramitarla con la OIR. En ninguna de las situaciones descritas en los numerales 71 y 72 podrá tomarse fotografías, videos o audios.*
74. *En caso de personas que han fallecido, podrán acceder al expediente clínico los familiares hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, debiendo acreditar el derecho ante la OIR.*
75. *El Director Médico, o su delegado, es el responsable de dar respuesta a la OIR, a través de certificaciones o copias físicas o electrónicas de la información, garantizando que el original permanezca en el archivo clínico.*
76. *Las elaboraciones de constancias podrán ser solicitadas a Trabajo Social por el Paciente o por su apoderado legal debidamente identificado, el director Médico, o su delegado, es el responsable firmar las constancias médicas.*

77. El director del centro de atención asumirá directamente o delegará la elaboración de los resúmenes de expedientes clínicos, el cual deberá solicitarse por escrito, especificando con claridad el motivo de la solicitud, ya sea por el paciente, tutor o autoridad competente.
78. El resumen deberá contener los datos de identificación personal, diagnósticos, manejo terapéutico, resultado de estudios complementarios, firma y sello del responsable de elaboración y del director.

➤ **SOLICITUDES DE PRÉSTAMO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS PARA OTROS PROCESOS ADMINISTRATIVOS.**

79. El funcionario o empleado competente que según lo descrito en la normativa institucional y de acuerdo a sus funciones requiera el préstamo de expedientes clínicos para el desarrollo de sus actividades, debe solicitarlo por escrito a través de Nota o Boletín, con la justificación debida y de acuerdo a lo escrito en el procedimiento de préstamo del Manual de Proceso del Archivo Clínico.
80. No se podrá utilizar el expediente clínico para fines distintos al consignado en la solicitud de préstamo, ni cambiar su destino, sin previa autorización del responsable del Archivo Clínico.
81. El personal de archivo debe velar que en cada movimiento de los expedientes clínicos, se deberá dejar consignado: día y hora de la solicitud, profesional que solicita o devuelve, el centro de atención al que pertenece o servicio que pertenece, motivo o finalidad, fecha de devolución, establecimiento que solicita o que realiza la devolución en caso de que no sea el mismo al que el expediente pertenece, nombre e identificación administrativa de la persona que traslada el expediente y el número de folios, solo en casos de investigación judicial o auditoría. Estos registros deberán estar disponibles conforme al plazo que determine el CISED.
82. Los directores, administradores, encargados de archivo o personal de salud en el ámbito de sus competencias, deben velar que cuando se proceda al traslado físico de un expediente clínico, dentro o fuera del establecimiento se realice adoptando las medidas adecuadas a fin de evitar el daño, deterioro o extravío.
83. La información obtenida de los expedientes clínicos con fines estadísticos, se utilizará siempre de forma anónima para salvaguardar la confidencialidad y no será necesaria la autorización del paciente.

84. *Las personas naturales o jurídicas que requieran realizar investigaciones y con tal justificante requiera del uso y acceso del expediente clínico, debe tener el aval del Comité de Ética Institucional, con la firma de una carta jurada sobre el resguardo de datos de carácter personal y la utilización de la información garantizando el derecho a la confidencialidad que estipula la ley, y que el uso de tal información es exclusivamente para fines investigativos.*
85. *Cuando a un paciente se le proponga ser parte de una investigación médica, será necesario documentar la autorización en forma escrita, y cumplir las condiciones descritas en el art. 16 de la ley de Deberes y Derechos de los pacientes y Prestadores de los servicios de Salud.*
86. *Para los casos de certificación y secuestro de expedientes clínicos se debe de atender lo establecido en el "Manual de Normas y Procedimientos de Atención a Funcionarios o Agentes de Autoridad que solicitan certificación y o secuestro de expedientes clínicos en centros medico hospitalarios del ISSS".*
87. *Cuando la autoridad judicial, el ministerio publico u otra autoridad competente, solicite uno o varios expedientes clínicos, deberá hacer la solicitud formalmente y expresar en ella si se requiere en original, copia o en un medio digital, debidamente foliado. En caso de requerir el expediente original, la sección de archivo clínico debe asegurar dejar en el establecimiento de salud una copia fiel, legible y certificada y solicitar la devolución del expediente original una vez finalizado el proceso judicial; en caso que la autoridad competente solicite una copia, el centro de atención entregar copia simple o certificada según haya sido requerido en la solicitud.*

➤ **RECTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN EN EL EXPEDIENTE.**

88. *La Oficina de Información y Respuesta (OIR), será el área encargada de recibir de los pacientes o sus representantes, las solicitudes de modificación de información que resulte inexacta, incompleta o desactualizada en su expediente clínico.*
89. *La solicitud deberá ser en forma escrita, indicando los datos a que se refiere y la corrección a realizar; anexando la documentación que justifique lo solicitado, excepto cuando esta se refiera a pruebas médicas especializadas.*
90. *Cuando no sea posible determinar o el paciente no proporcione datos fidedignos respecto al nombre propio, edad, sexo, nacionalidad, dirección de residencia o habitación, o los mismo sean inexactos la persona interesada podrá apersonarse directamente a la sección de archivo clínico y rectificar los mismos con la documentación necesaria, de lo cual se dejará constancia.*

➤ **SUPRESIÓN DE INFORMACIÓN EN EL EXPEDIENTE.**

91. Los pacientes podrán solicitar ante la Oficina de Información y Respuesta (OIR), la supresión de datos que resulten inadecuados o excesivos, o que ya no sean necesarios en relación con los fines para los que fueron recogidos.
92. La solicitud de supresión, deberá ser en forma escrita, el titular deberá indicar los datos a que se refiere y la corrección a realizar; adjuntando la documentación que justifique lo solicitado, excepto para cuando ésta se refiera a pruebas médicas especializadas, su realización deberá ser asumida de acuerdo al portafolio de servicios del ISSS.
93. El Director del Centro de Atención, con el personal que consignó los datos alusivos en el expediente clínico, serán quienes decidan acerca de la supresión de los datos solicitados, fundamentado en razones técnicas y siempre que no fuesen necesarios para la atención médica del paciente.

➤ **NORMAS RELATIVAS A LOS DOCUMENTOS DE CONFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

94. La organización del expediente debe responder a un orden cronológico de las atenciones, **debiendo estar al inicio las atenciones recientes**, el expediente clínico se dividirá en secciones (sin ser separadas ni rotuladas) y cada sección debe llevar un **orden cronológico de las atenciones brindadas**.

➤ **CONFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE PARA ATENCIÓN AMBULATORIA.**

95. Los documentos básicos que conforman el expediente clínico ambulatorio para un paciente cotizante (carátula color amarillo, COD.SAFISSS130201011) y beneficiario adulto de trabajador activo y de pensionados (carátula color celeste- SAFISSS 13020112), preferentemente serán en el siguiente orden, de la portada hacia la contraportada:

Sección de identificación

- a) Caratula.
- b) Hoja de identificación del paciente. (CODIGO SAFISSS 13020138) cada vez que se realice una actualización de la hoja de identificación del paciente se utilizará una hoja nueva, dejando la anterior en el expediente.
- c) Tabla de cálculo de índice de masa corporal del adulto. (CODIGO SAFISSS 130201400), para apoyo del cálculo de IMC estas estarán siempre al inicio del expediente.

Sección de programas preventivos

d) *Hojas de diferentes atenciones integrales por curso de vida : (Identificación general de riesgo de enfermedad crónico metabólica, climaterio, protocolos de chequeo, componente de salud mental, cuestionario para la identificación de conductas de alto riesgo, registro de la atención nutricional, hojas de notificación de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, Programas Especiales y otros cuyo uso programático se normalice en el futuro). Las hojas serán incluidas en el orden cronológico en la fecha que se brinde la atención.*

Sección de registro de consultas y atenciones

e) *Hoja clínica de primera vez, (CODIGO SAFISS 130201092).*

f) *Hoja de evolución de caso (CODIGO SAFISS 130201085). Las atenciones serán registradas en la sección en orden cronológico*

Sección de enfermería

g) *Hoja de observaciones y cuidados de enfermería. (CODIGO SAFISS 130201103).*

h) *Hoja de ordenes médicas y cuidados de enfermería (CODIGO SAFISS 130201133)*

Sección de exámenes de laboratorio y gabinete

i) *Hoja de exámenes de laboratorio. (CODIGO SAFISS 130201051)*

j) *Hoja de informes radiológicos. (CODIGO SAFISS 130201052).*

Sección de otras atenciones

k) *Ficha odontológica (de ser utilizado ese servicio). (CODIGO SAFISS 130201088).*

l) *Registro de certificaciones de incapacidad temporal, cuando sea generada al cotizante (CODIGO SAFISS 130201149).*

m) *Hoja de referencia y retorno en caso de que haya sido usada. (CODIGO SAFISS 130201331)*

n) *Hoja de emergencia y atención domiciliar, cuando aplique.*

o) *Documentos adicionales que hayan sido generados en el proceso de atención del derechohabiente: solicitudes de interconsultas, orden de atención para el especialista, copia de solicitud de entrega domiciliar de medicamentos a pacientes, copia de solicitud de entrega de medicamentos a pacientes que salen del país, consentimiento informado cuando aplique otras hojas generadas en el episodio de hospitalización y otras oficiales generadas de forma específica y otros.*

96. *En todos los casos se deberán completar todos los campos de datos generales del paciente que se solicitan en las diferentes hojas que conforman el expediente, incluyendo el sello del centro de atención y de la dependencia/servicio clínico, que genera cada una de las hojas que lo constituyen.*

➤ **CONFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE PARA ATENCIÓN HOSPITALARIA**

97. Al ingreso del paciente al área hospitalaria, los documentos de soporte de la atención hospitalaria que conformarán el expediente clínico de portada a contraportada y serán integrados en forma cronológica serán: en forma cronológica en el orden siguiente:

- a) Hoja de control de Signos vitales (pos operatorio). (CODIGO SAFISS 130201166)
- b) Hoja de balance de líquidos. (CODIGO SAFISS 130201006)
- c) Hoja de Cuadro Clínico (de Pulso / Temperatura / Días de hospitalización / Días de operación). (CODIGO SAFISS 130201070)
- d) Hoja de Identificación del paciente. (CODIGO SAFISS 130201070)
- e) Tabla de cálculo de Índice de masa corporal del adulto. (CODIGO SAFISS 130201400)
- f) Hoja de Orden Ingreso, observación, hospitalización y alta. (CODIGO SAFISS 130201132)
- g) Hojas de consentimiento informado para ingreso, procedimiento o Intervención Quirúrgica (CODIGO SAFISS 130201002)
- h) Hoja de emergencia y atención domiciliar. (Creada en recepción de Emergencia, si aplica).
- i) Hoja de evolución de caso. CODIGO SAFISS 130201085).
- j) Hoja de ordenes médicas y cuidados de enfermería (CODIGO SAFISS 130201133).
- k) Hoja de observaciones y cuidados de enfermería. (CODIGO SAFISS 130201103).
- l) Hoja de exámenes de Laboratorio. (CODIGO SAFISS 130201051).
- m) Hoja de informes radiológicos. (CODIGO SAFISS 130201052).
- n) Hoja de Solicitud y control de transfusiones sanguíneas. (CODIGO SAFISS 130201197).
- o) Hoja de Registro Operatorio. (CODIGO SAFISS 130201153).
- p) Hoja de Anestesia. (CODIGO SAFISS 130201094).
- q) Hoja Registro de Certificaciones de Incapacidad Temporal (la cual debe moverse por cada evento de atención, para que sea una sola hoja, la cual se anotará por orden correlativo). (CODIGO SAFISS 130201149).
- r) Hoja de Referencia y Retorno (en caso de que haya sido usada) (CODIGO SAFISS 130201331).

s) *Documentos adicionales que hayan sido generados en el proceso de atención del derechohabiente: Solicitudes de interconsultas, otras hojas oficiales específicas generadas.*

98. *Al momento del egreso, el encargado del área donde se encontraba hospitalizado deberá asegurarse que los documentos de respaldo generados en la atención del paciente, se encuentren completos y ordenados en orden cronológico antes de ser enviados al archivo. La conformación del expediente para su resguardo se realizará en el área de archivo manteniendo el orden cronológico.*

➤ **CONFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE PARA LA MUJER EMBARAZADA**

99. *El expediente clínico ambulatorio para mujeres en edad fértil, podrá modificarse en el tiempo según sea necesario, de acuerdo a las etapas del ciclo de vida reproductiva de cada derechohabiente. Los documentos que se adicionarán al expediente estándar después de la fecha de última consulta y la utilización de los formatos mantendrán el orden cronológico del expediente siguiente de la portada a la contraportada:*

- a) *Ficha de antecedentes Obstétricos (única por expediente) (CODIGO SAFISS 130201224).*
- b) *Hoja de filtro. (CODIGO SAFISS130201621).*
- c) *Hoja de Historia Clínica Perinatal-CLAP/SMR-OPS/OMS. (CODIGO SAFISS130201594).*
- d) *Programa de Atención Integral a la mujer-Hoja de consejería pre o post consulta (CODIGO SAFISS 130201226).*
- e) *Hoja de referencia y retorno (en caso de que haya sido usada) (CODIGO SAFISS 130201331).*
- f) *Hoja de identificación general del paciente (CODIGO SAFISS 130201070).*
- g) *Tabla de índice de masa corporal del adulto y hojas subsecuentes según los documentos básicos que conforman el expediente clínico ambulatorio.*
- h) *Para el control posnatal, se utilizará la hoja de control puerperal (CODIGO.SAFISS 130201622), si se inscribe a Planificación Familiar, se debe agregar la Hoja de consulta de Inscripción (C.SAFISS130201234), y Hoja de Consulta Subsecuente de Planificación Familiar C.SAFISS1302012346), junto a las hojas de riesgo de programas preventivos, según el orden del expediente estándar, pasándose las hojas (desde el literal a). hasta la e). a colocarlas antes de la hoja de laboratorio clínico.*

➤ **EXPEDIENTE HOSPITALARIO EN MATERNIDADES.**

100. *En las maternidades el expediente hospitalario se conformará de la forma siguiente:*

- a) *Hoja de signos vitales. (pos operatorio). (CODIGO SAFISS 130201166).*

- b) Hoja de balance de líquidos. CODIGO SAFISSS 130201006).
- c) Hoja de cuadro clínico (pulso/temperatura/días de hospitalización/días de operación). (CODIGO SAFISSS 130201070).
- d) Hoja de identificación del paciente. (CODIGO SAFISSS 13020138).
- e) Hoja de orden de hospitalización y alta. (CODIGO SAFISSS 130201132).
- f) Hojas de consentimiento informado para ingreso, procedimiento o Intervención Quirúrgica (CODIGO SAFISSS 130201002)
- g) Hoja de admisión de parto emergencia .(generada por sistema)
- h) Hoja de descripción del parto y atención post-natal. (CODIGO SAFISSS 130201099).
- i) Hoja de evolución de caso. (CODIGO SAFISSS 130201085)
- j) Hoja de Historia Clínica Perinatal-CLAP/SMR-OPS/OMS (CODIGO.SAFISSS130201594).
- k) Hoja de indicaciones médicas y demás hojas descritas en el expediente hospitalario
- l) Partograma, si se hubiere generado. (CODIGO SAFISSS 130201310).
- m) Hoja de referencia y retorno (en caso de que haya sido usada (CODIGO SAFISSS 130201331).

Las Hojas de Registro del Recién Nacido deben incluir:

- a) Hoja de Atención del Recién Nacido, (C.SAFISSS130201619).
- b) Hoja de ordenes médicas y cuidados de enfermería (CODIGO SAFISSS 130201133).
- c) Hoja de Observaciones y Cuidados de Enfermería (CODIGO SAFISSS 130201103).
- d) Ficha Médica de Nacimiento mientras dure el ingreso hospitalario. (C.SAFISSS130201308).
- e) Hoja de evolución de caso. (CODIGO SAFISSS 130201085)
- f) Hoja de problemas (si se genera).
- g) Otras hojas de neonatología y de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales al egreso del hospital, si estuvieran generadas según normas vigentes.
- h) Hoja de Resumen de Alta de Recién Nacido (CODIGO SAFISSS 130201687).
- i) Hoja de referencia y retorno (en caso de que haya sido usada. (CODIGO SAFISSS 130201331).

➤ EXPEDIENTE CLÍNICO PEDIÁTRICO PARA LOS PACIENTES QUE HAYAN RECIBIDO ATENCIONES PREVENTIVAS DENTRO DEL CURSO DE VIDA DE LA NIÑEZ

101. Para un beneficiario pediátrico, en la carátula (color verde, SAFISSS 130201290) debe identificarse al paciente con los números que identifican al cotizante que genera el derecho, se deberá transcribir los datos nominativos del paciente como lo requiera el formato de carátula, según tarjeta de afiliación emitida por la Institución.

102. Los documentos básicos que constituyen el expediente clínico pediátrico (de la portada hacia la contraportada) deberán ser los que correspondan a la edad del paciente y ser colocados por el personal de archivo en el orden siguiente:

- a) Hoja de identificación y registro. (CODIGO SAFISSS 130201270).
- b) Hoja de Inscripción curso de vida. CODIGO SAFISSS 130201686
- c) Hoja de reconocimiento periódico en salud subsecuente (CODIGO.SAFISSS130201688)
- d) Hoja con escalas simplificadas de evaluación del desarrollo, niñas y niños de 0 a 5 años. (CODIGO.SAFISSS130201274).
- e) Hoja de gráfico de Crecimiento Infantil, niños de 0 a 24 meses (color celeste para niños. CODIGO SAFISSS130201470), color rosado para niñas) CODIGO SAFISSS130201472
- f) Hoja de Gráfico de Crecimiento Infantil, niños de 2 a menor de 5 años (color celeste para niños CODIGO SAFISSS130201471, color rosado para niñas CODIGO SAFISSS130201473).
- g) Gráfica de Índice de Masa Corporal para la edad, de niños (as) CODIGO SAFISSS130201437 y niñas CODIGO SAFISSS130201438 adolescentes de 5 a 19 años.
- h) Para la Atención de crecimiento y desarrollo primera vez se utilizará la Hoja de Inscripción curso de vida. (CODIGO SAFISSS 130201686).
- i) Para la atención de crecimiento y desarrollo subsecuente, se utilizará la Hoja de reconocimiento periódico en salud subsecuente (CODIGO.SAFISSS130201688).
- j) Hoja de observaciones y cuidados de enfermería (CODIGO.SAFISSS130201103).
- k) Hoja de exámenes de laboratorio. (CODIGO.SAFISSS130201051).
- l) Hoja de informes radiológicos. (CODIGO.SAFISSS130201052).
- m) Ficha odontológica o ficha de higiene dental (si ésta ha sido generada).
- n) Otros documentos generados: formulario de referencia y retorno, solicitudes de interconsultas, entre otros.

➤ **PARA LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS EN ÁREAS HOSPITALARIA**

- a) Hoja de identificación y registro al conformarse el expediente (CODIGO.SAFISSS130201052).
- b) Hoja de ingreso, observación, hospitalización y alta (CODIGO.SAFISSS130201132).
- c) Hoja de control de signos vitales. (CODIGO.SAFISSS130201166).
- d) Hoja de cuadro clínico. (pulso/temperatura/días de hospitalización/días de operación). (CODIGO SAFISSS 130201070).
- e) Hojas de consentimiento informado para ingreso, procedimiento o Intervención Quirúrgica (CODIGO SAFISSS 130201002)

- f) Hoja de asentimiento.(cuando se genere)
- g) Hoja de emergencia y atención domiciliar, si estuviera generada.
- h) Hoja de órdenes médicas y observaciones de la enfermera. CODIGO.SAFISSS130201133).
- i) Hoja de evolución de caso. CODIGO. SAFISSS130201085).
- j) Hoja de observaciones y cuidados de enfermería. CODIGO.SAFISSS130201103).
- k) Hoja de exámenes de laboratorio. CODIGO.SAFISSS130201051).
- l) Hoja de informes radiológicos. CODIGO.SAFISSS130201052).
- m) Otros documentos generados en el proceso de atención: formularios de referencia / retorno, solicitudes de interconsulta, entre otros.

➤ **EXPEDIENTE CLÍNICO PARA LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES**

103. El expediente clínico para la atención población adolescente conformara según lo establecido en el Lineamiento para la Atención Ambulatoria de Adolescentes en el ISSS:

- a) Para la atención inicial de adolescentes, que no cuente con expediente pediátrico en el centro de atención, el personal de archivo, utilizará el expediente clínico de carátula celeste de beneficiario, debiendo incorporar:
 - i. Gráfica de índice de masa corporal para la edad de 5 a 19 años para niños o niñas según corresponda. Ubicación de la hoja en el expediente será después de la hoja de identificación del paciente.
 - ii. Fichas de atención odontológica preventiva y general. Según el orden del expediente va al final del mismo
 - iii. Colocar sello de vacunación en la contraportada del expediente de carátula celeste para actualizar las inmunizaciones recibidas (verificadas con tarjeta de vacunación) en pacientes no atendidos previamente en el ISSS.
 - iv. Se debe identificar el expediente clínico con sello de "adolescente" o colocarlo de forma escrita. Resguardándolos separados del resto de expedientes dentro de la misma área de archivo, según el año de afiliación.
- b) En el caso de los adolescentes que cuenten con expediente pediátrico, se debe agregar una carátula celeste, manteniendo la carátula verde que contiene el registro de las vacunas en su contraportada y debiendo incorporar el formulario (hoja clínica) cuando consulte por primera vez y la "hoja de evolución de casos" para la consulta subsecuente.

➤ **EXPEDIENTE CLÍNICO EN GERIATRÍA.**

- a) Hoja de identificación del paciente. (CODIGO SAFISSS 130201400)
- b) Resúmenes clínicos, denuncias a juzgados o a otras instituciones de gobierno (si las hay).
- c) Tabla de cálculo de índice de masa corporal del adulto. (CODIGO SAFISSS 130201400)
- d) Valoraciones geriátricas.
- e) Hoja clínica de primera vez. (CODIGO SAFISSS 130201092).
- f) Hoja de evolución de caso. (CODIGO SAFISSS 130201085).
- g) Hoja de observaciones y cuidados de enfermería. (CODIGO SAFISSS 130201103).
- h) Hoja de exámenes de laboratorio. (CODIGO SAFISSS 130201051).
- i) Hoja de informes radiológicos. (CODIGO SAFISSS 130201092).
- j) Ficha odontológica (de ser utilizado ese servicio).
- k) Registro de certificaciones de incapacidad temporal, cuando sea generada al cotizante (Form. M-67023).
- l) Hoja de referencia y retorno en caso de que haya sido usada.
- m) Documentos adicionales que hayan sido generados en el proceso de atención del derechohabiente: solicitudes de interconsultas, orden de atención para el especialista, copia de solicitud de entrega domiciliar de medicamentos a pacientes, copia de solicitud de entrega de medicamentos a pacientes que salen del país, otras hojas generadas en el episodio de hospitalización y otras oficiales generadas de forma específica, entre otros.

➤ **EXPEDIENTE CLÍNICO EN SALUD MENTAL.**

- a) Hoja de identificación del paciente. (CODIGO SAFISSS 130201400)
- b) Tabla de cálculo de índice de masa corporal del adulto. (CODIGO SAFISSS 130201400)
- c) Historia clínica psiquiátrica inicial. (CODIGO.SAFISSS 130201450).
- d) Hoja de evolución de caso. (CODIGO.SAFISSS 130201085).
- e) Hoja de control de signos vitales (pos operatorio). (CODIGO SAFISSS 130201166). (cuando sea necesario).
- f) Hoja de balance de líquidos (CODIGO SAFISSS 130201006). (cuando sea necesario).
- g) Hoja de ingreso, observación. hospitalización y alta. (CODIGO.SAFISSS130201132).
- h) Hoja de evolución de caso. CODIGO.SAFISSS130201085).
- i) Hoja de observaciones y cuidados de enfermería. CODIGO.SAFISSS130201103).
- j) Hoja de exámenes de laboratorio. (CODIGO.SAFISSS130201051).
- k) Hoja de informes radiológicos. CODIGO.SAFISSS130201052).

- l) *Ficha odontológica (de ser utilizado ese servicio). CODIGO SAFISSS 130201088).*
- m) *Registro de certificaciones de incapacidad temporal, cuando sea generada al cotizante (CODIGO.SAFISSS130201149).*
- n) *Hoja de referencia y retorno en caso de que haya sido usada. (CODIGO SAFISSS 130201331).*
- o) *Documentos adicionales que hayan sido generados en el proceso de atención del derechohabiente: hojas de evaluaciones, solicitudes de interconsultas, orden de atención para el especialista, copia de solicitud de entrega domiciliar de medicamentos a pacientes, copia de solicitud de entrega de medicamentos a pacientes que salen del país, otras hojas generadas en el episodio de hospitalización y otras oficiales generadas de forma específica, entre otros.*

➤ **EXPEDIENTE DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

- a) *Hoja de identificación del paciente (CODIGO SAFISSS 130201400).*
- b) *Tabla de cálculo de índice de masa corporal del adulto(CODIGO SAFISSS 130201400)*
- c) *Hoja clínica de primera vez (CODIGO SAFISSS 130201092).*
- d) *Hoja evolución de caso (CODIGO.SAFISSS 130201085).*
- e) *Hoja de Medicina Física (CODIGO SAFISSS 130201128).*
- f) *Hoja de observaciones y cuidados de enfermería (CODIGO.SAFISSS130201103).*
- g) *Hoja de Evaluación Terapia de Lenguaje (FormMFYR-021-02-10). Si aplica.*
Test de lenguaje agregado según patología:
 - i. *Test de articulación. Form MFYR 531A33-54-05-05*
 - ii. *Evaluación de la voz. Form MFYR-020-03-10*
 - iii. *Test de apariencia facial. Form MFYR-019-03-10*
- h) *Prescripción de Terapia ocupacional (FormMYFR-078-03-09). Si aplica.*
- i) *Hoja de ejercicios (CÓDIGO SAFISSS 130201100) .Si aplica.*
- j) *Historial de prótesis y órtesis, y otros prescritas a pacientes. FORM 531001-97-12-08 Si aplica.*
- k) *Hoja de satisfacción de paciente por entrega de prótesis, órtesis y otros. FORM 531001-103-12-08 Si aplica.*
- l) *Hoja de exámenes de laboratorio (CODIGO SAFISSS130201051).*
- m) *Hoja de informes radiológicos. CODIGO SAFISSS130201052).*
- n) *Registro de certificaciones de incapacidad temporal, cuando sea generada al cotizante (CODIGO SAFISSS130201149).*
- o) *Hoja de referencia y retorno en caso de que haya sido usada. (CODIGO SAFISSS 130201331).*

p) Otros documentos adicionales que hayan sido generados en el proceso de atención del derechohabiente: solicitudes de interconsulta, documentos derivados de atención en Psicología, Nutrición, documentos derivados de gestiones realizadas a través de Trabajo Social, entre otros.

*. La Ficha de Medicina Física deberá ser resguardada por la Terapista Físico Ocupacional tratante durante el período del tratamiento; posteriormente será remitida al archivo del centro ambulatorio donde tendrá la consulta con el fisiatra, para archivo de expediente. (Manual de Normas y Procedimientos Administrativos de Medicina Física y Rehabilitación)

➤ **EXPEDIENTES DE PACIENTES NO ASEGURADOS**

104. Cuando se atiendan a pacientes que por situaciones de emergencia nacional o convenio legalmente suscritos, se deberá elaborar un expediente clínico de conformidad a lo establecido en la presente normativa. Para estos casos se utilizará la caratula de color amarilla y se agregará la leyenda de: "NO ASEGURADO". En caso de pacientes atendidos por convenio se deberá agregar la palabra: "CONVENIO. Deberá registrarlo en el inventario de archivo clínico, debidamente identificados, según lo establece el Manual de Archivo.

105. Estos expedientes serán identificados por nombre, número de DUI, carnet de minoridad; pasaporte u carnet de residencia, en caso de no contar con este último se utilizará el número de DUI del responsable. De igual manera se les deberá colocar el número correlativo.

106. Estos expedientes serán resguardados en un área aparte dentro del archivo clínico y debidamente identificados; luego de **transcurridos los 5 años de pasividad** serán transferidos al archivo especializado.

➤ **EXPEDIENTE CLÍNICO EN ÁREA DE EMERGENCIA.**

❖ **Consulta sin expediente previo en el centro de atención que lo atiende**

107. La Hoja de Emergencia y Atención Domiciliar, debe ser elaborada, almacenada y custodiada internamente por las instancias correspondientes, según las regulaciones establecidas en el marco de la ley, esta normativa y el procedimiento descrito en el Manual de Procesos Gestionar Expedientes Clínicos.

108. El personal de archivo debe crear el expediente clínico por cada Hoja de Emergencia y Atención Domiciliar, adjuntando toda la documentación generada en la atención, cuando no se cuente con expediente clínico en el centro de atención.

❖ *Hojas de atenciones de no derechohabientes*

109. *Se deberá realizar según lo descrito en literales del apartado de pacientes no asegurados.*
110. *En todos los casos, las Hojas de Emergencia y Atención Domiciliar, deben permanecer bajo la custodia en el archivo clínico del centro de atención que prestó el servicio, como registro médico-legal que ampara la prestación de los servicios, sus erogaciones, desembolsos mediatos e inmediatos en forma de prestaciones de salud, en especies y pecuniarias.*
111. *Si como resultado de una atención del paciente en el área de emergencias es necesario referirlo a otra dependencia Institucional para seguir sus controles, deberá realizarse a través de la Hoja de Referencia y Retorno; en todos los casos deberá adjuntarse una copia de la misma a la Hoja de Emergencias y Atención Domiciliar que se resguardará en el Centro de Atención que refiere.*
112. *El préstamo de las Hojas de Emergencia y Atención Domiciliar que constituyan el expediente clínico cumplirá con lo establecido en las normas relativas a las "Solicitudes de préstamo, secuestro o certificación de expedientes clínicos".*
- ❖ *Atención de emergencias a pacientes con expediente previo en consulta externa del centro de atención.*
113. *Los centros de atención que dispongan de servicios de emergencia en su portafolio de servicio, considerarán como pacientes a todo usuario que ha sido registrado en el sistema según los medios disponibles en cada uno de ellos (manual o informático) formando parte de su responsabilidad.*
114. *Toda atención que reciba el paciente en el área de emergencia debe ser documentada en los formularios que según norma vigente aplique para cada caso.*
115. *Para registrar la atención de pacientes en las áreas de emergencia de la red de establecimientos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social se aplicará en todos los casos "La Norma para Atención de Emergencias en el ISSS".*
116. *La Hoja de Emergencia y Atención Domiciliar, debe ser integrada al expediente clínico, de acuerdo a las disposiciones del Manual del Proceso Gestionar Expedientes Clínicos (Procedimiento Archivar Hojas de Atención Médica y Documentos de Pruebas Diagnósticas).*
117. *Las atenciones de salud brindadas a pacientes referidos de la consulta externa al área de emergencia del mismo centro de atención, debe ser utilizando la hoja de solicitud de interconsulta, evaluación preoperatoria, referencia odontología general y procedimientos De ser necesario el expediente, el préstamo se realizará de acuerdo a lo establecido en el Manual del Proceso Gestionar Expedientes Clínicos (Procedimiento: Prestar Expedientes Clínicos).*

118. Cuando no exista expediente clínico del derechohabiente que consulta por emergencia, se generara una hoja de emergencia; con esta y los documentos que resulten de la atención se conformara un expediente clínico.

119. En las áreas de emergencia de Unidades y Hospitales, el personal de recepción, Secretaria Clínica, Colaborador Clínico u otro asignado por la jefatura correspondiente, será responsable de elaborar diariamente el Boletín de Remisión en el cual se registrarán los datos de cada una de las Hojas de Emergencia y Atención Domiciliar adjuntando la documentación que se genere con la atención brindada, para enviar al Archivo Clínico y dar cumplimiento a los numerales anteriores (poner los números).

❖ Ingreso desde la emergencia

120. En caso que el paciente sea ingresado desde la emergencia, el personal designado: Secretaria Clínica, Recepcionista, Colaborador Clínico o enfermería, será responsable de conformar el expediente clínico con la documentación resultante de la atención de acuerdo a cada caso.

IV. NORMA RELATIVA A LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO

➤ HISTORIA CLÍNICA

121. En todos los casos, en que tenga lugar una atención médica de primera vez de emergencia, el médico tratante de un centro de atención, elaborará una historia clínica, la cual constará de las siguientes partes:

- a) *Motivo de consulta:* Es la descripción del problema que motiva la consulta en las palabras propias del derechohabiente.
- b) *Presente enfermedad:* Descripción técnica, cronológica y detallada de la sintomatología que afecta al paciente.
- c) *Antecedentes:* Cualquier circunstancia puntual o continua, de tipo personal y familiar, descrita en forma detallada y cuya ocurrencia precedente en el tiempo pueda tener alguna repercusión en el estado actual del paciente o potencial en el manejo que pudiera recibir a causa del o los padecimientos cruzados que lo puedan afectar.
- d) *Examen físico:* Acción realizada por el médico cuya orientación está dirigida al sistema u órgano que pudiere ser la causa del problema que afecta al enfermo, no excluye de la necesidad de hacer una exploración completa en busca de hallazgos incidentales que puedan tener mayor o menor relación con el problema por el que consulta el paciente.
- e) *Estudios complementarios:* se registrarán los resultados de estudios complementarios realizados al paciente.

- f) *Impresión diagnóstica: Consignación de un diagnóstico clínico lo más específico posible e idealmente de acuerdo a las normas y reglas establecidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, en su décima edición (CIE 10).*
- g) *Plan: Son las actividades con las que se persigue ofrecer el tratamiento para el problema contemplado en el ítem previo.*

122. *En todos los casos, en que tenga lugar una atención médica de primera vez de consulta externa en el centro de atención, el médico tratante elaborará una historia clínica en la hoja clínica de primera vez.*

123. *Para el caso de atenciones ambulatorias subsecuentes y notas de evolución hospitalarias, deberán partir de una historia clínica basada en el esquema P-SOAP, la cual deberá constar de:*

a) Problemas (P): *Se listarán los problemas que afectan al paciente ya sea en forma de diagnósticos codificables, clínicos o en forma de enfoques sindrómicos, empezando por el que representa la afección aguda que prioritariamente afecta el estado de salud del paciente y por tanto requiere la máxima celeridad para su resolución. Consecutivamente, se enumerarán los problemas crónicos o morbilidades cruzadas cuyo manejo de sostén contribuirá a la recuperación del estado general del paciente o a evitar su agravamiento.*

b) Hallazgos subjetivos (S): *En este apartado deberá describirse en forma cronológica y detallada la sintomatología que afecta al paciente, enfatizando en la descripción de las fluctuaciones del cuadro sintomático general (aparecimiento de nuevos síntomas, exacerbación o remisión de los preexistentes, síntomas de alarma de cada caso particular, entre otros).*

c) Hallazgos objetivos (O): *En este apartado se reportarán además de los signos vitales, los hallazgos del examen físico en general, con especial énfasis en aquellos que muestren alguna fluctuación, sea ésta cuantitativa o cualitativa y que sustenten la toma de decisiones en el manejo del paciente en la forma de exacerbaciones o remisiones de alteraciones objetivas a través de la exploración física, describiendo con el máximo de detalle su aparecimiento, presencia y demás circunstancias relacionadas.*

En este mismo apartado deberán de reportarse los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete que se encuentren consignados en el expediente al momento de realizar la evaluación, transcribiendo aquellos resultados que representen en sí mismos, un insumo para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas para el manejo del caso individual. En este

apartado deben consignarse los hallazgos presentes y ausentes necesarios para confirmar el diagnóstico.

d) Análisis (A): *Aquí el médico tratante además de consignar el diagnóstico deberá de realizar con detenimiento y en el mejor uso de su juicio clínico, la integración de toda la información contributoria contenida en el expediente clínico como un todo, con el propósito de sustentar el plan diagnóstico y terapéutico en cada caso particular que lo amerite, lo cual deberá consignarse en el siguiente apartado.*

e) Plan (P): *Como plan se entenderá la mención ordenada y general de las medidas más importantes, prioritarias e indispensables en el proceso tanto diagnóstico como terapéutico para el manejo individualizado de cada caso, encontrándose la contraparte operativa y detallada del plan en las órdenes o indicaciones médicas en las hojas respectivas, debiendo guardar la debida coherencia todas las partes que se han mencionado.*

124. *Los medicamentos deberán prescribirse de acuerdo a lo establecido en el Listado Oficial de Medicamentos del ISSS, anotando en la receta, en el expediente u Hoja de Emergencia y Atención Domiciliar: el nombre genérico, concentración, forma farmacéutica, dosis, intervalo de administración, vía de administración y número de unidades a dispensar.*

125. *En los casos que se genere una incapacidad laboral como resultado de la atención médica u odontológica, ésta se deberá registrar en el expediente clínico, en forma clara, especificando la letra de serie y número correlativo de la incapacidad, el número de días, fecha de inicio y finalización de la incapacidad. Así mismo el médico u odontólogo tratante deberá completar la información en la Hoja de Registro de Certificaciones de Incapacidad Temporal.*

126. *En el caso que se cuente con formatos institucionales para la elaboración de historia clínica para las distintas especialidades, se respetará el esquema definido para tales propósitos según las normas correspondientes. siempre que no contradigan las disposiciones detalladas en la presente normativa y en concordancia la Norma Técnica para Conformación, Custodia y Consulta de Expediente Clínico, emitida por el Ministerio de Salud.*

127. *El médico deberá elaborar las anotaciones en las consultas subsecuentes por morbilidad cada vez que proporciona atención al paciente y se llevarán conforme a lo previsto en las normas que rigen el manejo e información registrada en el expediente del presente documento.*

128. *En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, la cual realizará el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista.*

➤ **NOTAS MÉDICAS EN HOSPITALIZACIÓN.**

Se anotará en el expediente clínico las notas (según aplique) de:

◆ **Ingreso**

129. En los casos en que el estado del paciente amerite vigilancia estrecha o cuando ingrese de forma electiva para procedimientos, la nota de ingreso deberá elaborarla el médico que lo recibe y deberá estar apegada a lo previsto en las normas que rigen el manejo e información registrada en el expediente del presente documento.

◆ **Nota de evolución**

130. Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán conforme a lo previsto en las normas que rigen el manejo e información registrada en el expediente del presente documento.

◆ **Nota de referencia/traslado**

131. Las notas se llevarán conforme a lo previsto en las normas que rigen el manejo e información registrada en el expediente del presente documento y la que regula ese proceso.

◆ **Consulta pre-operatoria (cirugías electivas programadas y en el ámbito ambulatorio)**

132. Se deberá elaborar una nota por el cirujano que va a intervenir al paciente, en la consulta ambulatoria en que haya sido programado el procedimiento incluyendo a los cirujanos maxilofaciales y deberá contener como mínimo:

- a. Verificación del cumplimiento de requisitos para programación.
- b. Plan quirúrgico.
- c. Lugar, fecha y hora de la cirugía.
- d. Llenar lo que le corresponde en los documentos requeridos para el ingreso y preparación del derechohabiente para el día de la cirugía.
- e. Escribir las recomendaciones médicas para el día del ingreso y llenar lo que le corresponde de la orden de sala.

◆ **La nota de evaluación pre-anestésica**

133. Deberá ser elaborada por el responsable de realizar esta evaluación, de acuerdo al perfil de proveedores de anestesia definidos en el portafolio de Servicios de cada Centro, en coordinación con el Médico Cirujano responsable del procedimiento y a las disposiciones definidas en la "Norma de Manejo Perioperatorio de Anestesia" vigente. Debe incluirse: Plan quirúrgico de acuerdo a lo establecido en el Registro Operatorio, Clasificación de la intervención

NCEPOD (National Confidential Investigation on Patient Outcome and Death) con respecto al tiempo disponible para la preparación del paciente como inmediata, urgente, prioritaria y electiva.

134. *La evaluación pre-anestésica deberá ser realizada por el proveedor de anestesia designado para tal efecto y dejando constancia en el expediente clínico: historia clínica, examen físico, pruebas de laboratorio y gabinete, recomendaciones de las evaluaciones preoperatorias por especialistas, análisis diagnóstico y plan anestésico. De acuerdo a lo dispuesto en la Norma de Manejo Perioperatorio de Anestesiología Vigente.*

♦ **Notas de manejo Trans-anestésico y cuidados post-anestésico**

135. *Las notas de manejo trans-anestésico y de cuidados post-anestésico son responsabilidad de los proveedores del servicio de anestesia, debiendo quedar consignadas en las hojas respectivas del expediente clínico según lo describe la **Norma de Manejo Perioperatorio de Anestesiología Vigente** y conforme a lo previsto en las normas que rigen el manejo e información registrada en el expediente del presente documento.*

♦ **Reporte post-operatorio**

136. *Deberá ser llenado adecuadamente, en el reverso del formulario de reporte operatorio, el cual será completado por el Médico a cargo de la cirugía u Odontólogo (que labore en el área de Cirugía Máxilo-facial) que intervino en el procedimiento al término del mismo, debiendo de calzar en los espacios correspondientes su firma y sello.*

♦ **Egresos hospitalarios**

137. *Al otorgar el alta o el traslado del paciente, el Médico debe firmar y estampar su sello en toda la documentación resultante, inmediatamente después de la visita médica o al ser indicado el egreso; observando que:*

a. *Con el alta del paciente, el médico debe llenar la hoja de "Orden de Hospitalización y Alta", en lo que respecta al "Riesgo", "Diagnóstico de Alta según la CIE 10", "Causa del Alta", "Estado de Salida", "Operación o Procedimiento Practicado", estampando su firma y sello en los espacios destinados para estos propósitos.*

b. *En el caso de los servicios de Partos, la Orden de hospitalización y Alta debe ser también completada con los datos del recién nacido según cada caso, en los espacios correspondientes.*

- c. *El Médico que autoriza el Alta del paciente, será el responsable de extender la Certificación de Incapacidad Temporal, dando cumplimiento en todos los casos a las regulaciones contenidas en la Norma respectiva, con especial cuidado en la concordancia que debe existir entre los diagnósticos anotados en el expediente clínico, realizando una escritura legible y evitando el uso de abreviaturas.*
- d. *El personal responsable de operativizar el alta del paciente deberá firmar y sellar toda la documentación pertinente.*

♦ **Resumen de alta hospitalaria**

138. *Deberá elaborarse por el médico tratante asignado en las especialidades en que el manejo así lo requiera y deberá contener como mínimo:*

- a. *Fecha y hora.*
- b. *Motivo del egreso.*
- c. *Diagnósticos finales.*
- d. *Resumen de la evolución y el estado actual.*
- e. *Manejo terapéutico durante la estancia hospitalaria, en los casos que se considere necesario.*
- f. *Problemas clínicos pendientes, según el caso.*
- g. *Plan de manejo y tratamiento.*
- h. *Recomendaciones para vigilancia ambulatoria según pertinencia.*
- i. *En los casos que se necesite el seguimiento ambulatorio, luego del alta, se deberá llenar el formulario de referencia y retorno, de acuerdo a la normativa vigente.*

♦ **Interconsultas**

139. *La solicitud de la interconsulta entre profesionales de la salud deberá elaborarla el médico tratante cuando se requiera y quedará anotada en el expediente clínico en la hoja de órdenes médicas. De acuerdo a las disposiciones y lo definido en la "Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta del ISSS", vigente:*

- a. *En la solicitud el médico tratante deberá describir claramente el motivo de la interconsulta y tener incorporada la información clínica o antecedente relevante.*
- b. *La nota de la interconsulta la elaborará el médico o profesional de salud consultado, y deberá ser conforme a lo previsto en las normas que rigen el manejo e información registrada en el expediente del presente documento, debiendo contener como mínimo el*

resultado de la evaluación, sugerencia del plan de manejo y recomendaciones especiales, así como estar calzada con la firma y sello de quien la realizó.

♦ **Egreso voluntario**

140. En los casos que el paciente, en uso de sus facultades físicas y mentales, o su responsable, voluntariamente exprese su decisión de abandonar las instalaciones hospitalarias de un centro de atención del Instituto:

- a. El médico elaborará nota de egreso voluntario (alta exigida), consignada en el expediente clínico, donde documente que ha explicado al paciente la importancia de permanecer ingresado para proseguir con su tratamiento, procedimiento o intervención quirúrgica y los riesgos a los que se sometería de no hacerlo.
- b. El paciente o su responsable leerá, comprenderá, llenará y firmará el formulario conocido como "Consentimiento Informado" u "Hoja de aceptación o denegatoria de tratamiento/procedimiento diagnóstico/terapéutico".
- c. El médico deberá verificar que el documento en cuestión sea adecuado y completamente llenado, verificando el registro de las firmas y datos del paciente, testigos, así como su propia firma y sello.
- d. En caso de fuga de paciente, el médico tratante y el personal de enfermería deberá reportarlo al jefe de servicio o dirección local y dejar consignado el hecho en el Expediente Clínico del paciente.

♦ **Hoja de aceptación o denegatoria de tratamiento/procedimiento diagnóstico/terapéutico.**

141. Entre los eventos que requieren de esta hoja se encuentran:

- a. Ingreso hospitalario o a observación.
- b. Esterilización quirúrgica.
- c. Trasplantes.
- d. Investigación clínica.
- e. Necropsia hospitalaria.
- f. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos.
- g. Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

142. En el caso de que un paciente, representante legal o persona responsable, rechazaren el manejo propuesto por los profesionales de salud del ISSS o exigieren el alta, esta decisión deberá de registrarse en la **Hoja de Aceptación o Denegatoria de Tratamiento o Procedimiento Diagnóstico/Terapéutico (Consentimiento Informado)** la cual se obligará a completar en el área de Denegatoria, por el paciente, representante legal o persona responsable; el médico

encargado de brindar la atención que ha sido rechazada deberá verificar que el documento en cuestión sea adecuada y completamente llenado, verificando el registro de las firmas y datos del paciente, testigos así como su propia firma y sello.

143. Cada evento médico que amerite que el paciente acepte o deniegue deberá registrarse en diferentes formularios de aceptación o denegatoria de tratamiento/procedimiento diagnóstico/terapéutico.

- a. En caso que el paciente, representante legal o su responsable no pueda firmar, deberá de estampar la huella digital del primer dedo (pulgar) de ambas manos en el espacio que corresponde a la firma.
- b. En caso de extrema urgencia y no poder obtener firma o huella digital del paciente y en ausencia de representante legal o responsable, únicamente se identificará la hoja de aceptación o denegatoria de tratamiento/procedimiento diagnóstico/terapéutico, y se procederá con los protocolos médicos establecidos.
- c. En caso de atención pediátrica se procederá conforme a las disposiciones legales vigentes (LEPINA, entre otros)

➤ **NOTIFICACIÓN AL MINISTERIO PÚBLICO.**

144. En casos en que según las leyes vigentes sea necesario dar aviso a los Órganos de Procuración de Justicia, la notificación deberá contener:

- i. Nombre del establecimiento notificador.
- ii. Fecha de elaboración.
- iii. Identificación completa del paciente.
- iv. Acto notificado.
- v. Reporte de lesiones del paciente, si es el caso.
- vi. Entidad del Ministerio Público a la que se notifica.
- vii. Nombre completo, sello y firma del médico que realiza la notificación.
- viii. Nombre, firma y sello de la Dirección local o delegado con copia, a la Unidad Jurídica (Jurídico de Procuración) y a la Subdirección de Salud.

➤ **SOBRE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA.**

145. Las notas de enfermería en el área hospitalaria deben consignarse en el expediente clínico al inicio y al final del turno, así como en cualquier momento que cambie el estado del paciente, cumpliendo con los criterios establecidos.

- a. *Las notas de enfermería de inicio y final del turno deberán contener fecha, hora, descripción de la apariencia del paciente, en forma céfalo caudal, signos vitales, procedimientos cumplidos y pendientes, así como los cuidados realizados, ubicando al final firma y sello autorizado por la Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería.*
- b. *Los registros de enfermería deberán realizarse utilizando tinta azul en el turno matutino y con tinta roja en el turno vespertino y nocturno.*
- c. *Los signos vitales y balance hídrico deben ser registrados por el personal de Enfermería en las hojas correspondientes del expediente clínico, según indicación médica y de acuerdo a lo establecido en Manual de Procedimientos de Enfermería del ISSS vigente.*
- d. *Las anotaciones de temperatura en la cuadrícula las efectuará con lápiz color azul, el pulso se hará con lápiz color rojo y cuando se realizan procedimientos quirúrgicos, invasivos o atención del parto, deberá colocarse en la cuadrícula, una flecha color rojo para indicar la fecha de realización del procedimiento.*
- e. *En los procedimientos indicados por el médico, se anotará la hora de su cumplimiento a la derecha de la indicación, durante el turno.*
- f. *Cuando se registre el cumplimiento de medicamentos en la hoja de indicaciones médicas, se debe registrar la hora e iniciales del personal de enfermería que cumplió la indicación, utilizando las disposiciones descritas en la Norma General de Enfermería vigente*
- g. *Al recibir el turno, deberá leer las novedades escritas en el expediente y verificar si hay actividades pendientes para darles cumplimiento: como medicación, toma de signos vitales, exámenes de laboratorio o gabinete, comprobar funcionamiento de catéteres, venoclisis, oxigenoterapia, drenajes, alimentación, entre otros.*
- h. *Enfermería en el área ambulatoria debe anotar en la hoja de observaciones y cuidados de enfermería, de acuerdo al motivo de consulta o morbilidad del paciente las recomendaciones específicas en relación a la atención recibida, debiendo ubicar al final firma y sello autorizado por la Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería.*

V. NORMAS RELATIVAS AL TRASLADO DE PACIENTES.

146. *Cuando un paciente sea trasladado a otro servicio dentro del mismo centro de atención, se adjuntará en todos los casos, el expediente clínico, los estudios de laboratorio y gabinete que al momento de la referencia hayan sido realizados (incluyendo todas las placas de imágenes) para dar continuidad al registro de las atenciones proporcionadas en la Institución. En estos casos, el médico tratante indicará el traslado en la hoja de indicaciones médicas, enfermería anotará en el*

libro de registro local y en el expediente clínico, la fecha y hora del traslado, el motivo del traslado, los signos vitales y las condiciones clínicas del paciente. Asimismo, siempre deberá notificarse del traslado a la Recepción Central/Archivo Clínico del centro de atención.

147. Cuando un paciente hospitalizado o en emergencia, **en estado crítico** necesite atención inmediata sea referido para atenciones inmediatas o necesite la realización de un procedimiento invasivo a otro centro de atención, deberá ser enviado con el expediente clínico completo, los estudios de laboratorio y gabinete que al momento de la referencia hayan sido realizados (incluyendo todas las placas de imágenes); cuyos responsables deben emitir una nota de recibo, boletín o expediente múltiple, como constancia de recibida la documentación antes relacionada, de no quedar ingresado en ese centro, el expediente clínico deberá ser devuelto de inmediato al realizar la prueba o procedimiento y el reporte deberá hacerse llegar a la dependencia interesada a la brevedad posible por los mecanismos idóneos para tales propósitos.
148. Cuando un paciente hospitalizado deba ser trasladado a otro centro de atención sea este de la red institucional o no, el expediente clínico deberá conservarse bajo la custodia del archivo clínico del centro de atención que genere el traslado, debiéndose registrar el movimiento como alta y dejando el formulario de Ingreso – Egreso original para el descargo estadístico. Remitiéndose con el paciente el Formulario de referencia y retorno respectivo debidamente lleno. Con excepción de lo descrito en el numeral anterior.

VI. RESPONSABILIDAD DE MANEJO DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE PACIENTES AMBULATORIOS REFERIDOS A OTROS CENTROS DE ATENCIÓN PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ELECTIVAS.

SERÁ RESPONSABILIDAD

149. Del cirujano que indicó el procedimiento quirúrgico en la consulta, en su calidad de médico tratante que indica el procedimiento quirúrgico debe:
- Escribir la nota preoperatoria como producto de la última consulta ambulatoria, antes del ingreso para cirugía en el consultorio del Centro de Atención en donde se da la consulta que genera el procedimiento.
 - Llenar lo que le corresponde en los documentos requeridos para el ingreso y preparación del derechohabiente para el día de la cirugía.
 - Revisar e Indicar el cumplimiento de las recomendaciones médicas para el día del ingreso, incluyendo las derivadas de las diferentes especialidades o sub-especialidades que evaluaron al paciente; con especial cuidado en que por tal causa no se retrase la cirugía.

150. Del proveedor del servicio de anestesia responsable de la evaluación preoperatoria del paciente quirúrgico electivo, destacado en el centro de atención donde se realizará la intervención:

- a. Será el responsable de la evaluación anestésica pre-operatoria, en todo aquel paciente que será intervenido quirúrgicamente, en la modalidad que el Centro de Atención en donde se va a realizar la cirugía tenga dentro de su portafolio de servicios.
- b. El proveedor del servicio de anestesiología será el responsable de la evaluación anestésica preoperatoria, teniendo en cuenta el tipo de paciente, la preparación y tipo de cirugía que necesite, dejando constancia de ello en el Expediente Clínico.
- c. La evaluación preanestésica en el paciente Hospitalizado se realizará un día previo al procedimiento, cuya vigencia será de una semana para el mismo procedimiento y cuando la reprogramación quirúrgica sea por factores ajenos al paciente. Si el mismo paciente es programado para otro procedimiento de mayor complejidad o existan cambios en la condición del paciente, deberá ser evaluado nuevamente dentro de las 24 horas previas, dejando constancia en el expediente Clínico.
- d. La Evaluación Pre-anestésica para el paciente **no hospitalizado**, deberá realizarse hasta un máximo de siete días previos a su procedimiento quirúrgico o terapéutico programado, con el objetivo de optimizar los cupos quirúrgicos.

151. Del cirujano que realiza el procedimiento, el día de la cirugía:

- a. Llenará y firmará el reporte operatorio al finalizar el acto quirúrgico.
- b. Escribirá las indicaciones que amerite cada caso en las hojas correspondientes.
- c. Llenará los campos que le compete en las boletas de biopsias y similares.
- d. Llenará los campos que le corresponde de las recetas, boletas de exámenes y en el caso de cirugía ambulatoria llenará incapacidades, referencias y demás papelería que requiera el caso del paciente.
- e. Precisaré cualquier instrucción o cuidado especial en la hoja de indicaciones, a efectos de asegurar la atención más adecuada para el paciente.
- f. El primer ayudante podrá realizar lo descrito, en los Literales b c d.
- g. Las notas de evolución y el alta del paciente, puede generarla y firmarla el médico asignado al área.

152. De los médicos agregados o residentes (bajo la supervisión de los médicos agregados) asignados al servicio de hospitalización donde se encuentre internado el paciente, será responsabilidad pasar la visita diaria, durante la cual:
- Escribirá las notas de evolución que sean necesarias de acuerdo al estado del paciente.
 - Escribirá las indicaciones diarias, o según condición del paciente, para el manejo adecuado del paciente en las hojas respectivas del expediente clínico.
 - Llenará toda la documentación que cada caso requiera para su manejo adecuado.
 - Registrará en el expediente clínico las atenciones brindadas y las que se reporten al presentarse alguna anormalidad con los pacientes ingresados.
 - Registrará en el expediente clínico los procedimientos necesarios de acuerdo con el estado del paciente.
 - Registrará en el expediente clínico la nota del alta de los pacientes ingresados y llenará la documentación requerida de acuerdo al caso (Hoja de Ingreso – Egreso, Referencias, Recetas, Certificado de incapacidad temporal, entre otros).
153. En el caso de los médicos cirujanos que han realizado algún procedimiento quirúrgico y tienen horas contratadas en el centro de atención, serán responsables de dar continuidad al proceso de atención al paciente mientras se encuentre hospitalizado, según su horario de contratación y las asignaciones laborales respectivas, dejando constancia en el expediente clínico.
154. En caso de que el paciente fuera intervenido en el transcurso de una Atención Médica Asistencial por un profesional que no tuviere horas contratadas en el Centro de Atención donde se realizó la intervención quirúrgica, el paciente será manejado hasta el alta por los médicos agregados o residentes de planta o turno, del servicio de hospitalización que corresponda, según el centro de atención respectivo, dejando en el expediente clínico el registro de alta y llenará la documentación requerida al caso.
155. Cuando un procedimiento quirúrgico sea suspendido, y la causa de tal suspensión sea subsanable en el transcurso de su ingreso; podrá ser re-programado para ser realizado por los agregados de planta de dicho hospital, previo consentimiento del paciente y conocimiento del médico tratante, dejando constancia en el expediente clínico.

VII. REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO CONTRATADO POR COMPRA DE SERVICIOS

156. El Profesional contratado de acuerdo al área asignada, será el responsable de los pacientes internados o pendientes de ser evaluados. Deberá dejar constancia escrita de la evolución del paciente en el expediente clínico, las veces que sean necesarias, dando prioridad a resolver aquellos casos que hayan sido reportados como controles por el médico saliente.
157. El profesional deberá cumplir con la prestación del servicio a los pacientes asignados y en la forma que la Institución le indique. Deberá recibir a los pacientes en control y los planes de manejo respectivos; así como los procedimientos pendientes de realizar; dejando evidencia de lo anterior en los expedientes clínicos respectivos. Según las disposiciones de la norma Compra de Servicios Médico Profesionales del ISSS.

VIII. NORMAS LOS MÉDICOS Y ODONTÓLOGOS RESIDENTES

158. Las atenciones brindadas en las áreas de Emergencia y Hospitalización por los Médicos y Odontólogos Residentes en su Programa de Especialización, deberán de quedar plasmadas en el expediente clínico, cumpliendo en todos los casos con lo establecido en la Norma del Programa General de Médicos y Odontólogos Residentes del ISSS y los Programas Docentes Asistenciales en vigencia, que sean aplicables a cada caso.

IX. NORMAS RELATIVAS A LAS DEFUNCIONES

159. El médico que brindó la atención de un paciente fallecido en los servicios de hospitalización o emergencia es responsable de llenar el formulario "Registro de Defunción" de conformidad a lo establecido por la Dirección General de Estadística y Censos.
160. Elaborar el "Registro de Nacido Muerto" establecido por la Dirección General de Estadística y Censos, a cada niño nacido muerto en el hospital, en la hoja de ingreso-egreso se registrará como "nacido muerto", especificado la causa de muerte intrauterina con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades en Vigencia (CIE-10) y la causa materna contribuyente.
161. Cuando no se pueda establecer una causa probable de muerte al recién nacido, anotar en el Registro de Defunción como causa de muerte el término "nacido muerto"; no utilice el término óbito fetal, porque no está reconocido en el Índice de la Clasificación Internacional en Vigencia (CIE-10) para versión en español.

162. El formulario para registro de defunciones maternas, infantiles y del niño(a) de 1 a menos de 10 años, debe ser llenado de acuerdo a lineamientos vigentes para vigilancia de mortalidad establecidos por Ministerio de Salud.

X. RESPONSABLE DE LA DISPOSICIÓN FINAL DEL EXPEDIENTE CLINICO PASIVO

163. El Comité Institucional de Selección y Eliminación de documentos del ISSS (CISED), ha elaborado la tabla de valoración y conservación documental del expediente clínico pasivo del ISSS, en la que se establece 10 años de conservación, para posteriormente ser eliminados, por medio de la OGDA.

164. En casos especiales el CISED, podrá adicionar un plazo mayor.

XI. COMISIÓN DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS

165. En cada centro de atención existirá una **Comisión de Expedientes Clínicos**, conformada por: representantes del mando superior, responsable o encargado de archivo clínico, personal médico, enfermería e informática (según portafolio de servicios), todos designados por la dirección local, dejando constancia de su creación en un acta. Cuando se realice cambio de un miembro se actualizará el acta de conformación.

Son funciones de la comisión:

- a. El Proceso de evaluación técnica del expediente clínico.
- b. Verificar el cumplimiento operativo del contenido de la norma y otras disposiciones legales aplicables.
- c. Proponer al CISED lineamientos o instructivos operativos específicos que se requieran.
- d. Emitir resoluciones cuando exista información contradictoria en la información contenida en el expediente clínico físico y electrónico, la Comisión podrá convocar a personal técnico idóneo para tal efecto.

XII. MANEJO DE EXPEDIENTE POR TERCEROS.

166. Cuando exista un manejo de expediente por cuenta de terceros, el documento de seguridad deberá contener la identificación de las acciones con referencia expresa al contrato o documento que regule las condiciones del encargo, así como de la identificación de la persona responsable y del período de vigencia del mismo”.

XIII. CAPACITACIÓN.

167. El Instituto a través de la Unidad de Recursos Humanos y en Coordinación con la Oficina de Gestión Documental y Archivos, deberá incluir en el Plan Anual de Capacitación el Componente de Gestión Documental, para todo aquel personal de la institución y clínicas empresariales que gestione expedientes clínicos, incluyendo: directores, gerentes, administradores, personal de archivo, médicos, personal de enfermería, personal de salud técnico y administrativo, así como residentes, estudiantes y personal voluntario. Garantizando la actualización de los contenidos según la legislación y normas archivísticas aplicables vigentes.
168. El personal de archivo clínico además de lo descrito en el literal anterior, deberá ser capacitado en buenas prácticas y conservación preventiva de expedientes clínicos, entre otras.
169. El Director como máxima autoridad del centro de atención deberá realizar las gestiones necesarias para garantizar la participación del personal detallado en el numeral 163 a las capacitaciones impartidas por la Unidad de Recursos Humanos y la Oficina de Gestión Documental y Archivos.

XIV. EVALUACIÓN Y MONITOREO.

170. Los Directores, Administradores o sus designados, los miembros de la Comisión de Expedientes Clínicos, en los centros de atención en el ámbito de sus competencias, serán los encargados de verificar el cumplimiento de la presente normativa.
171. En los procesos de supervisión institucional se incorporará la verificación del cumplimiento de la seguridad física.

XV. DISPOSICIONES GENERALES.

Las disposiciones no contempladas en el presente manual, serán consideradas por Subdirección de Salud a través del Departamento de Normalización

La revisión de la norma de oficio se realizará cada 5 años y a solicitud las veces que se considere necesario.

XVI. OBSERVANCIA.

*La vigilancia del cumplimiento de los contenidos de la presente **Norma para el Expediente Clínico**, corresponde a los Directores de los diferentes Centros de Atención de la Red Institucional, Jefes de Departamentos y Servicios Clínicos, Epidemiólogos, Jefaturas de Enfermería, Administradores, Jefes de Admisión y registros Médicos, y Archivo Clínico en el ámbito de sus respectivas competencias.*

XVII. INFRACCIONES Y SANCIONES.

Las infracciones y sanciones al incumplimiento a los presentes lineamientos normativos, en ámbito de su competencia, está tipificado en normativas legales vigentes.

XVIII. VIGENCIA DE LA NORMA.

La presente norma para el expediente clínico entrará en vigencia a partir de la fecha de publicación del documento oficialmente aprobado por las autoridades del ISSS y sustituye a la Norma para el Expediente Clínico en el ISSS, 2a Edición, marzo 2009.

En el proceso de organización del expediente las hojas de la consulta en nuevos expedientes deberán ser ubicadas de manera cronológica en la sección correspondiente, es decir, dispuestas inicialmente las hojas de atenciones más recientes, de acuerdo establecido en Art. 18.- PROCESO DE ORGANIZACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. NORMA TÉCNICA PARA LA CONFORMACIÓN, CUSTODIA Y CONSULTA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. (MINSAL)

Los expedientes clínicos activos, que ya se encuentran conformados y depositados en el archivo podrán conservar el orden de hojas de consulta, sin embargo, cuando estos sean requeridos para nuevas atenciones, éstas deberán ordenarse por los responsables de forma secuencial y en el orden establecido en la presente normativa.

San Salvador, marzo 2021.



Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala
Jefe Departamento de Normalización



Dr. José Adán Martínez Alvarenga
Jefe División de Regulación, Normalización y Vigilancia



Dr. Carlos Mauricio Rubio Barraza
Subdirector de Salud

XX. BIBLIOGRAFIA.

1. Aguirre Gas Héctor. Calidad de la atención médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México. 1997.
2. Cano Torres, Orlando. Consideraciones generales sobre el registro del diagnóstico médico. Vol. Epidemiológico 9 (4): 129-30. Oct.- Dic. 1984.
3. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Décima Revisión, OPS/OMS; 1995.
4. Diccionario de la Real Academia Española <https://dle.rae.es/>
5. “Listado Oficial de Medicamentos”, 18a Edición, 2018.
6. Ley de Acceso a la Información Pública. LAIP, 8 de Abril 2011.
7. Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia, 2009.
8. Ley del Seguro Social y Reglamentos del Régimen General de Salud y Riesgos Profesionales, 1977.
9. Lineamientos para la recepción, tramitación, resolución y notificación de solicitudes de acceso a la información. pdf
10. Lineamientos 1,2,3,4,5,6 y anexos de expedientes clínicos <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/iaip/documents/otros-documentos-normativos>
11. Norma General de Enfermería ISSS Mayo 2017
12. Manual de Procedimientos de Enfermería del ISSS, Enero 2017.
13. Normas y Procedimientos de Trabajo Social del ISSS, noviembre 2012.
14. Manual de Normas y Procedimientos de Descarte, Disposición Final y Reciclaje de Bienes en los Centros de Atención y Dependencias Administrativas. Noviembre 2020
15. Norma para el Expediente Clínico en el ISSS, División Técnica Normativa, junio 2009.
16. Norma de Atención a la Mujer 3ra edición, Diciembre 2013.
17. Norma de Compra de Servicios Médicos Profesionales 3ª Edición, Nov 2016.
18. Norma Técnica número 52. Para la elaboración integración y uso del expediente clínico, SSA. 1986.
19. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico
20. Reglamento de Médicos y Odontólogos Residentes del ISSS, junio 2019
21. Normas para Registro y procesamiento de las causas de Mortalidad y Morbilidad, atendidas por los establecimientos de Salud, Unidad de Información en Salud, MSPAS.
22. Normas y procedimiento para la atención a funcionarios o agentes de Autoridad, Certificación y secuestro de expedientes clínicos de Centros Medico-Hospitalarios del ISSS, Unidad Técnica Normativa, Octubre 2006.
23. Norma del Programa de atención Infantil, mayo 2009.
24. Norma de Atención de Emergencias en el ISSS”, junio 2018.
25. Norma para el Manejo de Cadáveres y Piezas Anatómicas en el ISSS, febrero 2008.
26. Normas de funcionamiento de las Unidades de Medicina Crítica del ISSS, enero 2006, Unidad Técnica Normativa.

27. Norma de Médicos y Odontólogos Residentes del ISSS, abril 2019.



INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN
MARZO 2021