



Admisión del paciente

Admisión del paciente

Es la atención que se da al paciente que ingresa a un servicio hospitalario enviado de consulta externa, urgencias o trasladado de otro servicio o entidad. Es la admisión del paciente quien requiere los servicios del hospital por diferentes situaciones de salud. Es responsabilidad compartida con la oficina de admisión, el personal administrativo y el personal médico. Puede darse a través del servicio de urgencias o por consulta externa.



Admisión Institucional

Admisión Institucional es el área encargada de la gestión de pacientes, desde su ingreso hasta su egreso del hospital, traslados y altas del área de hospitalización Además se encarga de:

- Asignación de camas según la clasificación de su patología
- Transferencias del usuario de un servicio a otro.
- Manejo de las listas hospitalización
- Peticiones de traslados de / a otros Centros Sanitarios.

Para facilitar al usuario los trámites administrativos en la obtención de los servicios que solicita, cuenta con recepcionistas ubicadas en la ventanilla única en donde se interrelaciona con otras áreas para coadyuvar en una atención oportuna y de calidad.



Triage

¿Qué significa el triage?

El término triage o triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como **escoger, separar o clasificar**. Desde que este término comenzó a utilizarse en las batallas napoleónicas persiste como concepto de clasificación o priorización de la atención urgente de pacientes.

TRIAGE I

Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital.

Atención inmediata

TRIAGE II

La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro, requiere una atención médica rápida.

Atención dentro de 30 minutos

TRIAGE III

La condición del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias.

Atención hasta 2 horas

TRIAGE IV

El paciente presenta condiciones medias que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida.

Atención IPS menor complejidad

TRIAGE V

Paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos, sin evidencia de deterioro que comprometa estado general del paciente.

Atención cita por consulta externa

TRIAGE BASICO: SHORT

Triaje básico para personal no sanitario en incidentes de múltiples víctimas.



Circuito de Admisión del Paciente en una Clínica

1.Recepción y Registro Inicial

1. El paciente llega a la clínica y se dirige a la recepción.
2. El personal de recepción solicita datos personales: nombre, apellido, DNI, fecha de nacimiento, contacto, y motivo de la consulta.
3. Se verifica si el paciente tiene una cita previa o si necesita atención de emergencia.

2.Verificación de Cobertura y Datos de la Obra Social

1. Se solicita la obra social o seguro médico del paciente.
2. Se verifica la cobertura y autorización si es necesaria.
3. Se registra la información en el sistema de gestión clínica.

3.Asignación de Turno y Prioridad

1. Se asigna un turno según la disponibilidad y la prioridad clínica.
2. En casos de emergencia, se prioriza la atención inmediata.

4.Entrega de Documentación y Orientación

1. Se entrega al paciente un número de turno, instrucciones, y si corresponde, formularios para completar.
2. Se informa sobre los procedimientos, tiempos de espera, y ubicación de las áreas de atención.

5.Ingreso a la Sala de Espera

1. El paciente espera en la sala designada hasta ser llamado por el personal médico o de enfermería.

6.Atención Médica

1. El paciente ingresa a la consulta o área correspondiente para su atención médica.

Notas adicionales:

- En algunos casos, puede incluirse un proceso de triage si la clínica realiza atención de urgencias.
- La digitalización del proceso (por ejemplo, mediante un sistema de gestión electrónica) puede agilizar y mejorar la eficiencia del circuito.

Partes que componen la facturación de Cirugía y/o Internación

- ✓ ADMISION
- ✓ AUTORIZACION PREVIA
- ✓ ANAMNESIS
- ✓ FOJA
- ✓ EVOLUCION
- ✓ CERTIFICADO DE PROTESIS
- ✓ SUMINISTRO DE MEDICACION
- ✓ ENFERMERIA
- ✓ RESULTADO DE ESTUDIOS REALIZADOS
- ✓ EPICRISIS
- ✓ DOCUMENTACION PERSONAL
- ✓ CONCENTIMIENTO DEL PACIENTE Y/O DEL FAMILIAR



Auditamos un Legajo de internación

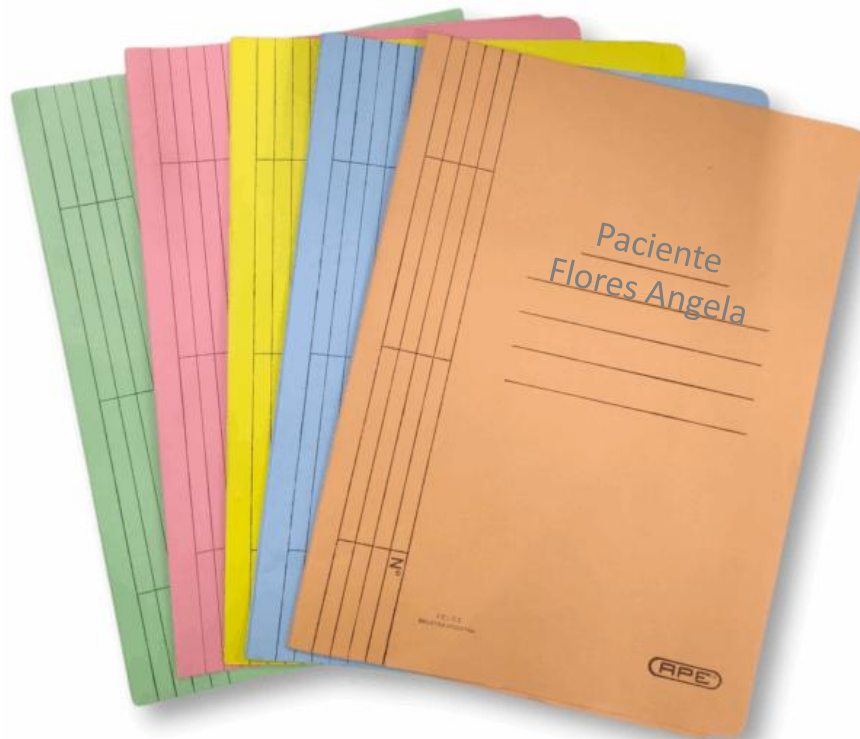
¿Cuáles son las normas que debemos respetar?



Paso a Paso para Auditar un Legajo de Internación

1. Recepción del Legajo

- Verificar que se haya recibido toda la documentación correspondiente al episodio de internación.
- Clasificar por tipo de legajo (quirúrgico, clínico, obstétrico, etc.)



2. Verificación de Datos de Identificación

- Nombre completo del paciente.
- DNI o número de historia clínica.
- Fecha de ingreso y egreso.
- Firma y sello del profesional responsable.
- Cobertura médica (obra social o prepaga).



3. Admisión y Consentimientos

- Consentimiento informado de internación (firmado por paciente y médico).
- Consentimiento quirúrgico (si corresponde).
- Formulario de ingreso firmado y completo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

(Nombre) _____
en forma voluntaria consiento en que el (lla) doctor (a) _____
como cirujano(a) y el ayudante que el (ella) designe me realicen _____

COMO TRATAMIENTO PARA _____

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en: _____

Esta cirugía no garantiza totalmente los resultados esperados. Se me ha explicado y entiendo que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar los mejores resultados con el objetivo de mejorar el problema por el cual consulté. También he entendido que existen otros tipos de tratamiento como _____ los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método quirúrgico.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes: náuseas,

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Por _____ la _____ presente yo _____ identificado con DNI n° _____ domiciliado _____ en _____ con teléfono _____ padre y/o tutor del menor _____

....declaro tener conocimiento que el plan de tratamiento(s) y/o procedimientos propuestos de acuerdo al diagnóstico al que va a ser sometido mi hijo(a) será efectuado o realizado por el alumno en formación profesional, con la supervisión del profesor tutor. Acepto sea atendido bajo las disposiciones y condiciones de la Clínica Docente Estomatológica De La Escuela Profesional De Estomatología De La Universidad Alas Peruanas, eximiendo a esta de cualquier responsabilidad, ya sea derivada o secuela del mismo, así como por acción casual o fortuita de este.

Lima, _____ de _____ de 20 _____

Firma del padre o tutor

DNI n° _____

Datos de identificación del Establecimiento

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO					
2. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA		3. DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO			
4. ZONA SANITARIA		5. FECHA DE INGRESO		6. N° DE HISTORIA CLINICA	
7. APELLIDO Y NOMBRE		8. TIPO Y N° DE DOCUMENTO			

Fecha de Ingreso y Número de Historia Clínica

Datos personales del paciente

4. ZONA SANITARIA		5. FECHA DE INGRESO		6. N° DE HISTORIA CLINICA	
7. APELLIDO Y NOMBRE				8. TIPO Y N° DE DOCUMENTO DNI / LC / LE N°	
9. DOMICILIO DE LA INTERNACION					
Calle/Ruta N° Piso Depto. Barrio.					
Circunscripción Sección Manzana N° de Casa o Edificio Localidad/Paraje					
Departamento			Provincia		Código Postal
10. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A:			11. EDAD		12. SEXO
OTRA SOCIAL 1 PLAN DE SALUD PRIVADO O MUTUAL 2 PLAN O SEGURO PÚBLICO 3 MÁS DE UNO 4 NINGUNO 5			Años Meses		MASCULINO 1 FEMENINO 2

Datos referidos al domicilio en el que se realiza la Internación Domiciliaria Programada

Diagnóstico Principal al egreso de la Internación Institucional y Diagnóstico de ingreso a la Internación Domiciliaria

13. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO DE LA INTERNACION INSTITUCIONAL		14. DIAGNÓSTICO DE INGRESO A LA INTERNACION DOMICILIARIA	
15. PROFESIONALES ACTUANTES			
Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Kinesióloga <input type="checkbox"/> Asistente social <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
16. PRESTACIONES REALIZADAS			
17. FECHA DE EGRESO		18. TIPO DE EGRESO	
Día Mes Año		Alta médica 1 Defunción 2 Reinternación en establecimiento de Salud 3 Otro 4	
19. TOTAL DÍAS DE INTERNACIÓN			

Profesionales actuantes y Prestaciones realizadas

Fecha y tipo de Egreso y Total de Días de Internación



4. Evaluación de Historia Clínica

- Historia clínica correctamente iniciada al ingreso.
- Evoluciones diarias completas, con firma, sello y hora.
- Epicrisis al egreso, con resumen de diagnóstico, tratamiento y evolución.

5. Parte Médico y de Enfermería

- Evoluciones médicas claras y cronológicas.
- Registros de enfermería legibles y coherentes (signos vitales, administración de medicación, cuidados).
- Detalle de incidentes o eventos adversos, si existieron.



6. Estudios y Prácticas Complementarias

- Informes de laboratorio, estudios por imágenes, interconsultas, etc.
- Que estén firmados por el profesional correspondiente.
- Que los resultados coincidan con lo registrado en la evolución.



7. Medicación Administrada

- Prescripción médica legible, con dosis, vía, frecuencia y duración.
- Registro de administración en planillas de enfermería.





8. Documentación Administrativa y Legal

- Autorizaciones de cobertura médica (si son requeridas).
- Formularios de alta voluntaria, en caso de corresponder.
- Registro de incidentes institucionales (si hubo).
- Hoja de ruta o parte diario, si es protocolo del establecimiento.

9. Evaluación Final del Legajo

- Coherencia entre diagnóstico de ingreso, evolución y diagnóstico de egreso.
- Concordancia entre prácticas realizadas y diagnóstico (según normas de auditoría médica).
- Firma y sello de todos los profesionales intervinientes.
- No debe haber tachaduras ilegibles ni espacios en blanco.
- Confirmar si el legajo está foliado o digitalmente controlado.





10. Elaboración del Informe de Auditoría

- Detallar faltantes o inconsistencias encontradas.
- Evaluar si hay impacto asistencial, legal o administrativo.
- Clasificar el legajo como **completo**, **incompleto** o **observado**.
- Dejar constancia del auditor responsable (firma, matrícula, fecha).

Documentación Hospitalaria

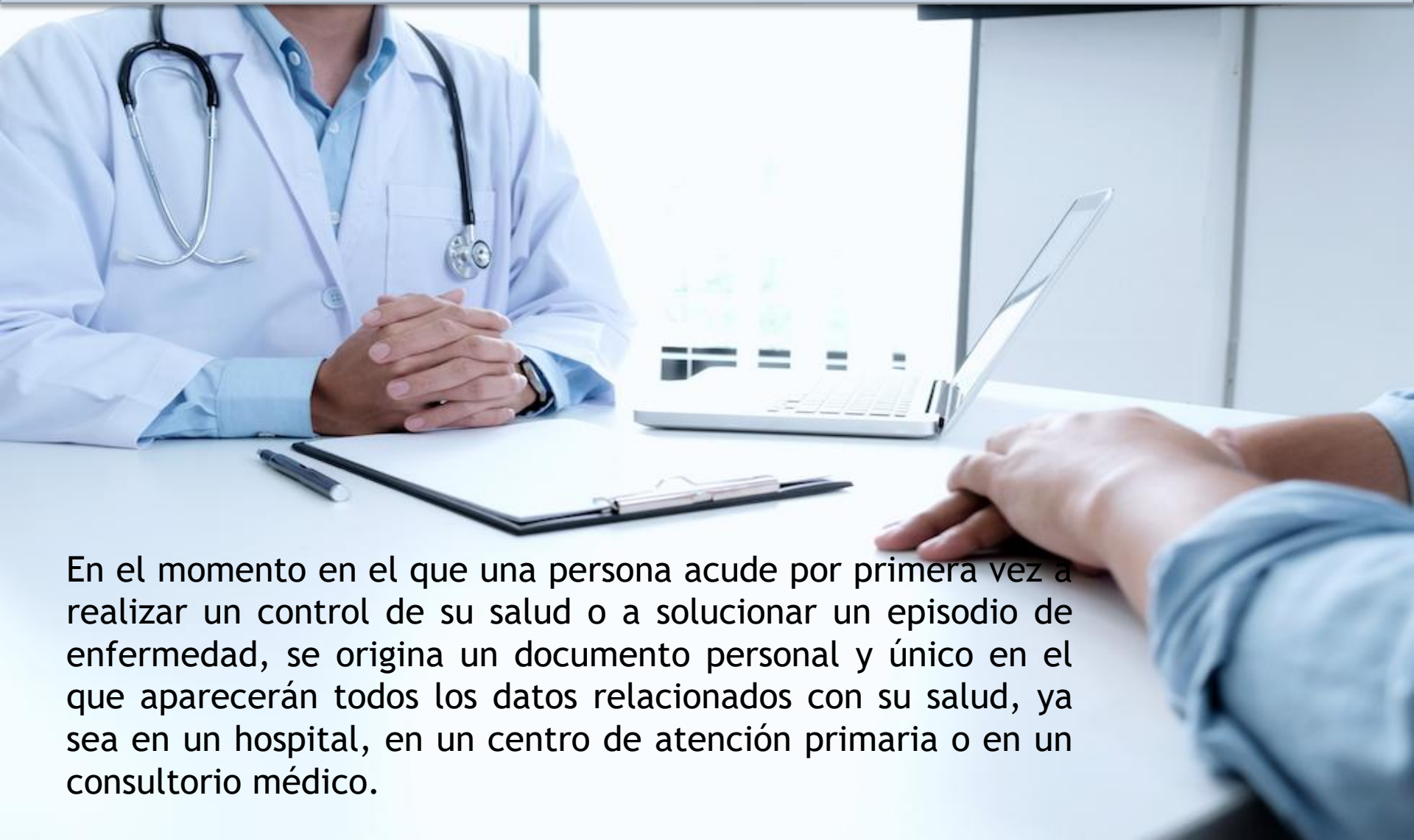


HISTORIA CLINICA



¿Qué es la historia clínica de un paciente?

¿Para qué sirve?



En el momento en el que una persona acude por primera vez a realizar un control de su salud o a solucionar un episodio de enfermedad, se origina un documento personal y único en el que aparecerán todos los datos relacionados con su salud, ya sea en un hospital, en un centro de atención primaria o en un consultorio médico.

La historia clínica es un documento imprescindible para guardar toda la información relativa a la salud de un paciente y los servicios y atención prestados al mismo.

En el grupo de los profesionales de la salud que tienen acceso a este documento de un paciente se encuentran: médicos, enfermeros, fisioterapeutas, odontólogos, psicólogos, podólogos, cirujanos, oftalmólogos, y profesionales de cualquier otra especialidad médica

1

Historia clínica cronológica. Utilizada de forma tradicional en los hospitales.

2

Historia clínica orientada por problemas de salud. Utilizada en los centros de atención primaria.

3

Historia clínica Realizada para el seguimiento concreto de una enfermedad, en unidades especializadas y con preguntas concretas.

La información es:

- ✓ Documentación relativa a la hoja clínico-estadística
- ✓ Autorización del ingreso
- ✓ Informe de urgencia
- ✓ Anamnesis y exploración física
- ✓ Evolución
- ✓ Órdenes médicas
- ✓ Hoja de interconsulta
- ✓ Informes de exploraciones complementarias
- ✓ Consentimiento informado
- ✓ Informe de anestesia
- ✓ Informe de quirófano o registro del parto
- ✓ Informe de anatomía patológica
- ✓ Evolución y planificación de cuidados de enfermería
- ✓ Informe clínico de alta

Qué función cumple la historia clínica



La función principal de la **historia clínica** es facilitar el trabajo de los profesionales de la salud que tengan que tratar a un paciente, conociendo de primera mano y de forma inmediata toda la información relativa a su salud.

Entre sus funciones, se encuentra la posibilidad de que el médico ofrezca una asistencia personalizada al paciente, aprender y mejorar los aciertos y errores en tratamientos pasados, investigar algunas ramas científicas a partir de la información contenida en el documento, mejorar la calidad de la salud de un paciente, gestionar y administrar los servicios médicos de las instituciones sanitarias, etc.

Datos legales sobre la historia clínica



1. El médico o profesional de la salud que acceda a la información confidencial que aparece en una **historia clínica**, deberá mantener, según la legalidad y el Código Deontológico de su profesión, la privacidad y la confidencialidad de dichos datos, guardando el secreto de cualquier información revelada.
2. El paciente tendrá derecho a que quede constancia escrita de cualquier proceso médico en su **historia clínica**, que además deberá estar identificada con un número único y personal.
3. El paciente podrá acceder a sus datos siempre que quiera, ya recibir una copia de la misma si la solicita. Además, tendrá derecho a la confidencialidad y privacidad de sus datos, siendo además un delito grave el acceso a la **historia clínica** sin autorización.



1. FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre:		Edad:	Sexo:	Nacionalidad:
Edo. Civil:	Ocupación:	Lugar de origen:		
Lugar de residencia:		Domicilio:		
Religión:	Piso (servicio):	Cama:	Fecha de ingreso:	

2. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

Tuberculosis Diabetes Mellitus Hipertensión Carcinomas/Caridopatías Hepatopatías Nefropatías Enf. endocrinas Enf. Mentales/ Epilepsia Asma Enf. Hematológicas Sífilis	Investigar etiología y edades de Morbimortalidad en abuelos, padres, hijos, cónyuges, hermanos
---	--

3. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Lugar y fecha de nacimiento:		Edo. Civil:	Escolaridad:
Religión:	Alimentación:	Habitación:	
Alimentación (Tipo): Res		Cerdo:	Pollo:

4. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Médicos, quirúrgicos, transfusionales:
Tabaquismo, alcoholismo, alérgicos:
Dependencia a drogas o a medicamentos, OTROS:

5. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

Menarca:	Inicio de vida sexual activa:	Fecha ultima menstruación:
-----------------	--------------------------------------	-----------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No. Embarazos: <input type="checkbox"/> Partos: <input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> Cesáreas: <input type="checkbox"/> Fecha ultimo parto <input type="checkbox"/> No. Hijos: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Macrosomitos vivos: <input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer: <input type="checkbox"/> No. Parejas sexuales: <input type="checkbox"/> Heterosexuales: <input type="checkbox"/> Homosexuales: <input type="checkbox"/> Bisexuales: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MPP: <input type="checkbox"/> = DIU <input type="checkbox"/> = HORMONAL <input type="checkbox"/> = QUIRURGICO <input type="checkbox"/> = OTRO
--	--	--

6. PADECIMIENTO ACTUAL:

Anamnesis



Principales elementos a tener en cuenta en una anamnesis

El desarrollo de la anamnesis requiere que el médico realice diversas preguntas al paciente, o incluso a un familiar o amigo de éste. A partir de las respuestas obtenidas, el profesional logra elaborar un historial con datos que le son de utilidad para realizar el diagnóstico y decidir qué tratamiento llevar a cabo.

1. Identificación

Se trata de los datos básicos de la persona, tal como nombre, sexo, edad o dirección.

2. Motivo de consulta

Aunque puede resultar obvio, el motivo por el cual el sujeto acude a consulta

3. Historia de la problemática actual

El motivo de consulta es un conocimiento primordial, precisa conocer cómo y cuándo ha aparecido en la vida del paciente, en que situación o situaciones aparece, qué causas considera el sujeto que lo han provocado, qué síntomas padece y cuáles le parecen más relevantes.

4. Afectación en la vida habitual

Las problemáticas presentadas por los sujetos tienen un efecto en su vida cotidiana

5. Historia psicosocial

La historia vital del individuo que acude a consulta suele estar muy vinculada a la aparición de determinados fenómenos y problemáticas. El tipo de educación recibida, el proceso de socialización del sujeto.

6. Antecedentes personales

En ocasiones las personas que acuden a consulta lo hacen por problemas derivados de fenómenos, sucesos o enfermedades anteriores o cuyos efectos han producido un cambio en la propia vida

7. Antecedentes familiares y situación familiar

Conocer la presencia o ausencia de antecedentes familiares de un problema o como la familia está estructurada puede permitir afinar el diagnóstico

8. Expectativas respecto a los resultados de la intervención

Este apartado resulta relevante en el sentido de explicitar qué espera el paciente que suceda, la presencia de motivación para seguir un tratamiento y que considera que puede o no lograr con ayuda profesional.

Informe Médico



Asunción, 26 de Octubre de 2017.

INFORME MÉDICO

El Cuerpo Médico del Club Olimpia informa que el atleta Darío Mendi presenta el resaca anterior presentada sobre agudo en la región lumbar cuya etiología fue la lesión del disco sobre su eje longitudinal debido a la dislocación del cuerpo vertebral, se indica el tratamiento de rigor y se sometió a estudio complementarios con lo cual se determina que el atleta en cuestión sufrió un golpeamiento leve de las raíces nerviosas que emergen de la columna lumbar.

En la actualidad presenta una evolución favorable y una vez que se controla plenamente el dolor volverá a sus actividades normales desde el punto de vista deportivo.

Cuerpo Médico
Primera División
CJ00-030000

Informe médico es el documento mediante el cual el médico responsable de un paciente, o el que lo ha atendido en un determinado episodio asistencial, da a conocer aspectos médicos relacionados con los trastornos que sufre, los métodos diagnósticos y terapéuticos aplicados.

HOJA DE EPICRISIS

Edad..... Sexo M – F

Apellido y N:	Obra Social:	N°
a) FECHA DE INGRESO: / /	- HORA DE INGRESO :	
b) FECHA DE EGRESO : / /	- HORA DE EGRESO :	
a)DIAS DE ESTADA :		
a)MOTIVOS :	- (médicos y/o quirúrgicos)	
a)ALTA :	- (definitivo – transitorio - traslado)	
a)PRONOSTICO:	(muy bueno, bueno, reservado, etc.)	

1) **RESÚMEN SINDROMÁTICO:** breve síntesis del motivo de consulta, síntomas y signos –evolución.

2) **DIAGNÓSTICO/S DEFINITIVOS:** (según OMS) – (Muy importante para análisis estadístico)

3) **FUNDAMENTOS del DIAGNOSTICO** (Clínicos, hallazgos con exámenes complementarios para su fundamentación diagnóstica, biopsias, rayos, tomografía, ECG, y **hallazgo quirúrgico**, etc.).

4) **TRATAMIENTO** (Resumen de las terapéuticas instituidas, tipo de **cirugía**, fundamentos y observaciones)

5) **CONDICIONES DE EGRESO** - [a)Mejorado; b) Compensado; d)Peor; e)Fallecido]

Nombre, firma y sello del médico



EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

es un acto por el cual el médico describe al paciente, de la manera más clara posible, el estado de salud y el procedimiento a seguir, detallando los beneficios y riesgos que ello implique.

Requiere de parte del paciente el entendimiento y la aprobación de dicho procedimiento.

Según la [Ley 26529](#), el consentimiento informado puede ser verbal o escrito, aunque será esencialmente escrito cuando se trate de una intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos o aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO

FECHA Y HORA DE ENTREGA DEL FORMULARIO: / / ____ HS.

Yo _____ DNI: _____

Representado en este acto por: _____ DNI: _____

1) Autorizo a: Dr./Dra. _____

y/o a los médicos que designe la Institución a efectuar los siguientes procedimientos diagnósticos / terapéuticos en mi persona _____

Diagnóstico Presuntivo: _____

Procedimiento a realizar: _____

Complicaciones más frecuentes del procedimiento a realizar: _____

2) Se me ha informado en forma clara sobre los riesgos inherentes al procedimiento diagnóstico / terapéutico y acerca de las probabilidades de éxito. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas fueron contestadas en forma completa y satisfactoria.

3) También se me ha señalado que con cualquier procedimiento existe la posibilidad de una condición inesperada, y que no se pueden dar garantías en lo que concierne a los resultados de cualquier procedimiento o tratamiento.

4) Entiendo que en el curso de todo procedimiento diagnóstico / terapéutico pueden presentarse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los previstos. Consiento por lo tanto la realización de procedimientos adicionales justificados.

Al mismo tiempo, consiento la administración de anestésicos o medicamentos que fueran necesarios.

5) Con el propósito de promover el conocimiento y educación médica, consiento la fotografía, grabación en cinta de video o televisión del procedimiento a condición de que mi identidad no sea revelada. También doy mi consentimiento a la admisión de observadores a la sala de procedimientos diagnósticos / terapéuticos.

6) Cualquier órgano o tejido removido podrá ser examinado y retenido por el Hospital para fines médicos, científicos o educativos.

7) Comentarios adicionales: _____

8) Confirmando que he leído y comprendido perfectamente los puntos anteriores, y que todos los espacios en blanco han sido rellenos antes de mi firma.

Se confecciona el presente Consentimiento Médico en doble ejemplar, que el paciente o su representante firma en conformidad, quedando una copia en su poder.

_____ de _____ 20__

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI

DOMICILIO

GRADO DE PARENTESCO

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI

Nota: En casos de menores de 21 años, siempre debe ser representado por sus padres o tutor - la aclaración de firma, DNI, grado de parentesco y domicilio debe ser completado de puño y letra por quien firma.

Ejemplo



Prescripción Médica

Prescripción Médica

Una **receta médica** o Prescripción Médica, es un documento legalmente normalizado por un especialista llamado doctor o médico en la que se prescriben los medicamentos de un paciente determinado.

Clinica Los Andes

Av. Rivadavia 7500. CABA
TE: 011-000-000-0000



Jose Tolosa
Medico Psiquiatra
M.N: 00.000

Nombre y apellido:

Edad:

N de afiliado:

DNI:

Dirección:

Teléfono:

Rp/

Cefalexina 500 mg (Septilisin 500 mg)

Comprimidos 1 (una) caja



**Tomar via oral 1 (uno) c/6 (seis) hs
por 7/(siete) días**

Diagnostico: Infección urinaria

Fecha: 25/04/19

Firma y Sello