

EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO FISIOKINÉSICO, TRATAMIENTO Y EGRESO

CONFECCIÓN Y EJECUCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

El presente documento es un modelo de historia clínica que respeta las exigencias mínimas establecidas por las leyes 26529 y 26742 elaborado con el objetivo de brindar una herramienta lo más sencilla posible pero que cumpla las normativas exigidas, por tal motivo aclaramos que no existen modelos legalmente reconocidos dejando total libertad a los profesionales de llevar adelante el formato de Historia Clínica que crean satisfactorio.

En relación a este modelo debe considerarse para su elaboración los siguientes aspectos.

- ❖ N° de Historia Clínica: pueden utilizarse codificación alfabética, numérica o alfanumérica.
- ❖ Identificación del profesional que realiza la Historia clínica: en caso de que en algún momento del tratamiento intervenga otro profesional debe quedar asentado y rubricado en la hoja de evolución.
- ❖ Datos del paciente: además de los expuestos se pueden añadir todos aquellos que el profesional considere pertinentes.
- ❖ Consentimiento informado: deben comunicarse en forma verbal al usuario los detalles mencionados previo a la firma del mismo. Existen casos donde estas explicaciones deben asentarse por escrito y ser suscrita por profesional y paciente o responsable; tales situaciones son: internación, intervención quirúrgica, procedimientos invasivos y revocación del consentimiento.

El responsable firma en caso de menor de edad, incapacitados legalmente o cuando el estado físico o psíquico no permitan que lo haga el titular.

- ❖ Evaluación y Diagnóstico: queda a criterio de cada profesional el método, las formas y su implementación sabiendo que es obligación su existencia.

- ❖ Evolución: cada intervención debe estar documentada con fecha, hora los procedimientos realizados así como la rúbrica y aclaración del profesional.

- ❖ Alta: debe registrarse la finalización del tratamiento ya sea por culminación del mismo o abandono (aclarando dicha situación) destacando en forma de epicrisis las características más relevantes.

ANEXOS

- Todas las hojas deben estar foliadas.
- No debe usarse diseño con interlineado, evitarse las abreviaturas y se utilizan aclaran su significado.
- Los reingresos de los usuarios deben llevarse a cabo de la misma forma que un ingreso máxime si transcurrió tiempo considerable y/o es producido por un diagnóstico diferente. En esta situación debe conservarse el número de Historia Clínica y los datos filiatorios que hayar permanecido invariables.
- Historia Clínica Informatizada: debe adaptarse a lo prescripto por la ley 26506 arbitrando todos los medios que aseguren la preservación de s integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad. A su vez debe conservarse la siguiente documentación respaldatoria: consentimiento informado, estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas.