



RECUERDA: DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y NO CLÍNICA

RECUERDA

Tipos de documentación:

Sanitaria:

- ✚ NO CLÍNICA (actividades de gestión relacionadas con la atención sanitaria).
- ✚ CLÍNICA (relacionad directamente con la atención sanitaria).

No sanitaria: (de carácter general).

RECUERDA

Los componentes principales de la historia clínica los podemos agrupar en:

1. Datos subjetivos proporcionados por el paciente.
2. Datos objetivos de la exploración física y de las exploraciones complementarias.
3. Diagnóstico.
4. Pronóstico.
5. Tratamiento.

RECUERDA

La historia clínica, tiene que ser **única**, **acumulativa** e **integrada**, permitir la **identificación** de los profesionales que intervienen en la **asistencia del paciente** y debe **archivarse** de forma segura.

RECUERDA

La finalidad más **importante** de la historia clínica es la de **facilitar la asistencia sanitaria**, dejando constancia de todos aquellos datos que, **bajo criterio médico**, **permitan** el conocimiento del estado de salud de un paciente.

RECUERDA

Deben realizar los registros **TODO** el personal que participe de manera activa en el cuidado del paciente.

RECUERDA

Las funciones más importantes del servicio de admisión y documentación clínica son:

- ✚ Gestión de Pacientes.
- ✚ Gestión de la documentación clínica.

RECUERDA

Para implantar un sistema de HC única por paciente en un hospital se debe conseguir que llegue, al que la solicita de la manera más eficiente posible.

Para ello es necesario no solo una correcta identificación, sino un sistema que permita conocer en cada momento su ubicación. Esto solo se consigue a través de la centralización del archivo y gestión de los expedientes que constituyen esta HC única por paciente.