

1. Cita a continuación tres documentos que sean necesarios para una atención sanitaria de calidad y uno que sea exigible legalmente.

- Sanitario de calidad: Constantes vitales, analíticas, radiografías.
- Legalmente: Informe de alta.

2. Los documentos que son exigibles legalmente se deben diseñar de forma similar. Cita a continuación que debe figurar siempre:

- Nombre contacto
- Código.

3. Define en una sola palabra a la suma o conjunto de documentos que se emplean para una actividad en los centros sanitarios:

Documentación.

4. La documentación sanitaria se divide en:

Documentación clínica y documentación no clínica.

5. Existen dos tipos de documentación la sanitaria y no sanitaria. Describe a continuación en que se diferencian:

- Documentación sanitaria: Documentos que se generan en la atención a los pacientes y en la gestión administrativa relacionada con la misma.
- Documentación no sanitaria: Tareas solo de gestión.

6. De los documentos que figuran en la tabla responde cuales pertenecen a una documentación clínica y cual a lo no clínica:

	NO CLÍNICA	CLÍNICA
Tarjeta sanitaria.	X	
Petición medicamentos.	X	
Radiografías.		X
Analítica		X
Planilla de dieta	X	

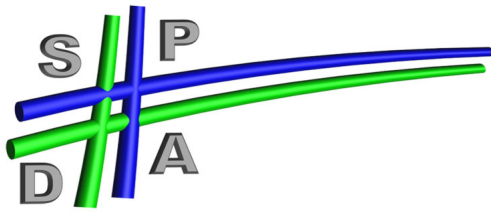
7. ¿Qué constituye la historia clínica y como actúa?:

Constituye el elemento clave para el ejercicio profesional del médico, tanto desde el punto de vista asistencial, actúa de recordatorio para el manejo clínico del paciente, como desde el investigador y docente, permitiendo el análisis retrospectivo del que hacer médico.

8. Existen dos tipos de historia clínica. ¿Cuáles son?:

La de atención primaria y la hospitalaria.

Procesado de la información/documentación clínica y no clínica originada de la consulta/unidad en las áreas de la competencia del auxiliar. Servicio de admisión, funcionamiento, consentimiento informado "LOPD".



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

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

10. ¿Cuáles son los bloques que recogen la información de la Estructura Formal de la historia clínica?:

- a) Anamnesis y exploración clínica.
- b) Enfermedad actual.
- c) Evolución clínica.
- d) Pruebas complementarias.
- e) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- f) Juicio diagnóstico.

11. ¿Podemos definir documento como?:

Aquel soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e información.

12. ¿Qué es la historia clínica y como se origina?:

Es un documento privado y confidencial, se origina en el primer episodio de enfermedad o control de salud en el que se atiende al paciente.

13. ¿Las características de la historia clínica son?:

- 1) Confidencialidad.
- 2) Seguridad.
- 3) Disponibilidad.
- 4) Única.
- 5) Legible.

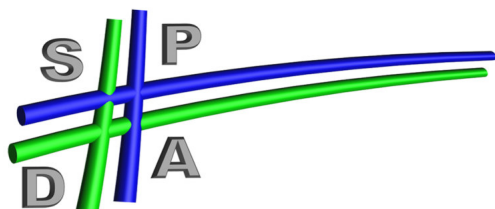
14. ¿Enumera los requisitos de la historia clínica?:

- 1) Veracidad.
- 2) Exacta.
- 3) Rigor técnico de los registros.
- 4) Completa.
- 5) Identificación del profesional.

15. Las historias clínicas hospitalarias tiene unas funciones. ¿Cuál son?:

- a) La principal función es la asistencial, es imprescindible para una atención sanitaria de calidad, contiene la suficiente información como para poder establecer un diagnóstico y seguimiento de la evaluación del paciente.
- b) Es el medio más idóneo para transmitir la información entre los diferentes profesionales que participan en dicha asistencia.
- c) También tiene otras funciones: docente, investigación, gestión sanitaria, jurídico-legal.

Procesado de la información/documentación clínica y no clínica originada de la consulta/unidad en las áreas de la competencia del auxiliar. Servicio de admisión, funcionamiento, consentimiento informado "LOPD".

**16. ¿Cómo tiene que ser la historia clínica?:**

Única, acumulativa e integrada, permitir la identificación de los profesionales que intervienen en la asistencia del paciente y debe archivar de forma segura.

17. ¿Por qué debe ser completa la historia clínica?:

Porque debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases medico-legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documentos de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.

18. ¿Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente. ¿Cómo debe identificarse?:

Debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de colegiado.

19. Uno de los requisitos de la historia clínica es la Veracidad. ¿Cómo debe caracterizarse y que ocurre sino cumple este requisito?:

Debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.

20. ¿Cuál es 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.

21. Los documentos en la asistencia sanitaria, tienen un formato similar. Enumera de que constan fundamentalmente:

- Cabecera.
- Cuerpo.
- Parte inferior.

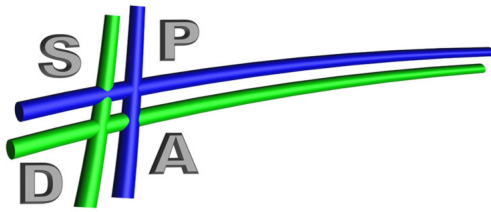
22. La historia clínica está constituida por diferentes documentos y cada uno de ellos puede tener un valor diferente según el momento que se considere. ¿Cómo se pueden identificar esos documentos y de quien es la decisión de cual son?:

Se identifican como documentos básicos. La decisión corresponde a cada Hospital a través de su comisión de Historia Clínica. (H.C.)

23. ¿Cuál es la cabecera que deben de llevar los documentos en la asistencia sanitaria y cuales son el resto de los documentos contenidos en la historia clínica?:**Cabecera:**

- ✚ Identificación del hospital.
- ✚ Identificación del paciente.
- ✚ Identificación del tipo de documento.
- ✚ N°. de historia.

Procesado de la información/documentación clínica y no clínica originada de la consulta/unidad en las áreas de la competencia del auxiliar. Servicio de admisión, funcionamiento, consentimiento informado "LOPD".



El resto de los documentos en la H.C. son los documentos secundarios que se definen por su carácter transitorio, ya que tienen valor durante el momento puntual del episodio asistencial.

24. El Cuerpo forma parte del diseño de documentos en la asistencia sanitaria. ¿Cuál es su contenido?:

Es específico reflejando la información propia de cada documento según su utilización. Se aconseja usar documentos de imprenta.

25. La cabecera y el cuerpo son parte del diseño de documentos de la asistencia sanitaria, ¿Pero que se debe incluir en la parte inferior de estos?:

Lugar y fecha en la que se ha cumplimentado el documento y la identificación de los profesionales que participan en la asistencia (firmas).







26. ¿Cuál es la documentación clínica (registros) que debe contener la historia clínica (Ley 41/2002)?:

- Informe de urgencias.
- Hoja de Anamnesis y exploración física, en la que se reflejan datos personales, familiares y los que se derivan de una exploración clínica inicial.
- Hoja de evolución, en ella se anotan los cambios clínicos aparecidos secuencialmente.
- Hoja de órdenes médicas, tratamiento (medicación, fluidos), dietas, etc.
- Hoja de interconsulta.
- Hoja de informe quirófano/anestesiista.
- Hoja de informe de exploraciones complementarias.
- Evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- Aplicación terapéutica de enfermería (medicación).
- Grafico de constantes.
- Otros documentos (Historia Social).
- Documento Consentimiento informado.
- Informe clínico de alta y alta voluntaria en caso de que el paciente decida abandonar el hospital, firmado por él y el familiar responsable.
- Hoja clínico-estadística.

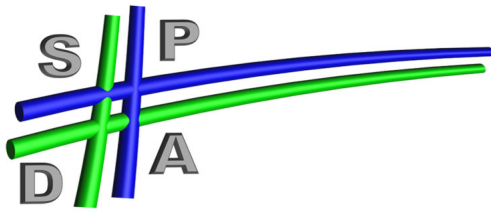
27. ¿Qué es el documento Consentimiento Informado?:

Es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestado después de recibir una información adecuada.

28. ¿Los registros que el personal de enfermería debe cumplimentar son?:

-  Hoja de valoración al ingreso.
-  Plan de cuidados.
-  Hoja de evolución.
-  Gráfico de constantes.
-  Hoja de medicación.
-  Hoja de enfermería de alta.

Procesado de la información/documentación clínica y no clínica originada de la consulta/unidad en las áreas de la competencia del auxiliar. Servicio de admisión, funcionamiento, consentimiento informado "LOPD".



29. Enumera las norma básicas para la elaboración de los registros de enfermería , reglas o recomendaciones básicas?:

- a) Objetividad.
- b) Precisión y exactitud.
- c) Simultaneidad.

30. ¿Qué es lo que no se debe anotar en los registros de enfermería?:

- ✚ Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente.
- ✚ No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.
- ✚ No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias.

31. La objetividad es una de las normas básicas para la elaboración de registros de enfermería. ¿Cómo se debe anotar?:

De forma objetiva, sin emitir juicios de valor. Escribir los datos usando citas directas

32. ¿Quién debe realizar los registros en la historia clínica?:

Todo el personal que participe de manera activa en el cuidado del paciente.

33. Una de las normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería es la precisión y exactitud. ¿Cómo son los hechos que deben anotarse, como se deben expresar sus observaciones y como deben describirse los hallazgos?:

- ✚ Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.
- ✚ Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
- ✚ Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.

34. La simultaneidad se incluye dentro de las normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería, debe realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno. ¿Qué se debe evitar y que se debe conseguir?:

Evitar errores u omisiones.

Conseguir un registro exacto del estado del paciente.

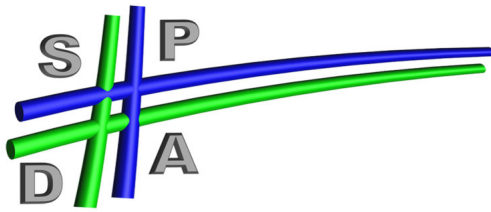
35. El Real Decreto 521/1987, de 15 de Abril, en los Artículos 9.1 y 11.1 recoge que los Hospitales gestionados por el INSALUD tendrán, entre otras, las siguientes Áreas de actividades. ¿Cuáles son?:

- 1) Admisión, recepción e información, adscrita a la Gerencia.
- 2) Documentación y archivo Clínico, adscrito a la División Médica.

36. Los objetivos del Servicio de Admisión y Documentación Clínica son:

- 1) Coordinar e integrar los movimientos y contactos asistenciales de todos los pacientes en el hospital y en su área de atención especializada.

Procesado de la información/documentación clínica y no clínica originada de la consulta/unidad en las áreas de la competencia del auxiliar. Servicio de admisión, funcionamiento, consentimiento informado "LOPD".



- 2) Custodiar, gestionar y organizar la historia clínica para asegurar el cumplimiento de sus fines asistenciales, docentes, legales, etc.
- 3) Diseñar y garantizar el sistema de información clínico-asistencial para la gestión, planificación, e investigación.

37. ¿Cuáles son las funciones más importantes del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, que regulan y que garantizan?:

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

38. Responde a las siguientes preguntas:

- ✚ **La Ley obliga a cualquier institución sanitaria a conservar la documentación clínica, ¿Durante cuanto tiempo?:** Como mínimo 5 años desde la fecha de alta de cada proceso asistencial.
- ✚ **Existe un referente legal, en el que refiere que la documentación existente en los archivos de los Organismos Públicos y Privados no puede ser destruida. ¿A dónde debe ser transferida y durante que periodo se articula?:** A los Archivos Históricos Provinciales. Se articula un periodo de 2^o-25 años, desde el fallecimiento.

39. La gestión de pacientes del servicio de admisión y documentación clínica, es la unidad que regula los ingresos, traslados y altas del área de hospitalización. ¿Qué se gestiona, crea, que cauces establece y con quien colabora?:

- 1) Gestiona y programa ingresos, control y autorización de traslados, altas, gestión de camas y registro de hospitalización.
- 2) Crea y actualiza el único fichero de pacientes para el Centro, garantizando su coherencia e integridad.
- 3) Establece los cauces de comunicación y coordinación necesarios con atención primaria.
- 4) Colabora estrechamente con el S.A.I.P.
- 5) Colabora con el Área Económico Administrativa en la recogida de datos de facturación.

40. Para implantar un sistema de historia clínica única, hay algunos elementos organizativos que deben ser resueltos. ¿Cuáles son y como debe ser cada uno?:

- a) Su correcta identificación.
Sistema de identificación con las siguientes características.
 - a) Único para cada individuo.
 - b) Permanente en el tiempo.
 - c) Universal.
- b) Debe ser archivada de forma segura.
 - a) Que permita conocer en cada momento su ubicación.
 - b) Disponer de ella el mayor número de usuarios en el menor tiempo posible.

Procesado de la información/documentación clínica y no clínica originada de la consulta/unidad en las áreas de la competencia del auxiliar. Servicio de admisión, funcionamiento, consentimiento informado "LOPD".



41. La Gestión de documentación clínica, es la unidad de garantizar la accesibilidad de la historia clínica y de la corrección de todos los aspectos externos de normalización, orden y estructura de la misma. ¿Qué gestión y organización hace, que establece, que normaliza y que codificación hace?:

- 1) Gestión y organización de los archivos de documentación e historias clínicas, asegurando que su configuración y utilización se ajuste a las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- 2) Establecer, en colaboración con las instancias determinadas por cada centro, la normativa acerca de la localización, el préstamo y la devolución de las historias clínicas, estableciendo mecanismos que aseguren su disponibilidad y velen por su confidencialidad.
- 3) Normalizar la documentación clínica del centro para su correcta homogeneización.
- 4) Codificación clínica.

42. Para facilitar el manejo y la localización de la información en la historia clínica, ¿Qué es preciso y que se debe decidir?:

Es preciso que sus documentos estén ordenados de manera homogénea para todo el hospital.

Se debe decidir cual ha de ser la estructura de la información y además una vez decididos los bloques informáticos, el orden de cada documento dentro de él.

43. ¿Qué es el Fichero Maestro de Pacientes (INDICE)?:

Es un sistema de identificación definido con una cantidad mínima de caracteres. Generalmente se utiliza un sistema numérico secuencial, para identificar a la historia clínica, que se asocia al paciente a través de un fichero alfabético.

44. Para implantar los sistemas de historia clínica única para cada paciente en un hospital se debe conseguir que llegue al que la solicita de la manera más eficiente posible. ¿Para ello que 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 H.C. única por paciente.

45. ¿Cuál es la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal?:

Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre.

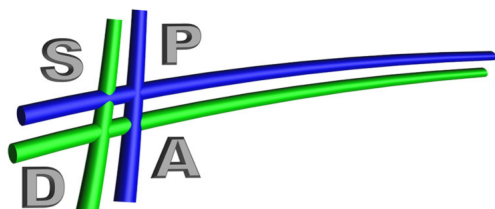
46. ¿Cuál es el órgano de control del cumplimiento de la normativa de protección de datos dentro del territorio español?:

Agencia Española de Protección de Datos (AEPD).

47. ¿Qué dice la Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad?:

El paciente tiene derecho a que queda constancia por escrito de todo su proceso, así como a recibir un Informe de Alta al finalizar su estancia hospitalaria y al informe de consulta externa.

Procesado de la información/documentación clínica y no clínica originada de la consulta/unidad en las áreas de la competencia del auxiliar. Servicio de admisión, funcionamiento, consentimiento informado "LOPD".



48. ¿A quien hace referencia la Ley 41/2002?:

Derechos del paciente.

49. ¿Cuál es el Real Decreto sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud?:

Real Decreto 63/1995 de Enero.

50. ¿A quién se le realizará obligatoriamente la historia clínica?:

Se realizará obligatoriamente a todo usuario que precise asistencia hospitalaria, tanto si es ingresado, como si es controlado en consultas externas.



Procesado de la información/documentación clínica y no clínica originada de la consulta/unidad en las áreas de la competencia del auxiliar. Servicio de admisión, funcionamiento, consentimiento informado "LOPD".