

## SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLÍNICOS

ELABORA	REvisa	AUTORIZA	APRUEBA
NANCY MARÍN ESPINOZA ENCARGADA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	GABRIELA ENCINA HIDALGO ENFERMERA COORDINADORA MEDICINA Y URGENCIA  CONSTANZA PEÑA ASPE COORDINADORA ATENCIÓN PRIMARIA	DRA. MARÍA JOSÉ INZUNZA ACEVEDO SUBDIRECTORA DE GESTIÓN ASISTENCIAL	JUAN CORREA PEÑA DIRECTOR (S)
HOSPITAL FAMILIAR Y COMUNITARIO SAN JOSÉ DE CASABLANCA			



**TABLA DE CONTENIDO**

1.	OBJETIVOS .....	3
	<b>Objetivo General:</b> .....	3
	<b>Objetivos específicos:</b> .....	3
2.	ALCANCE .....	3
3.	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN .....	3
4.	DEFINICIONES .....	4
5.	REGISTROS UNIDAD DE MEDICINA.....	5
	<b>5.1 INGRESO MÉDICO UNIDAD DE MEDICINA .....</b>	<b>5</b>
	<b>5.2 EVOLUCIÓN DIARIA DE PACIENTES UNIDAD DE MEDICINA .....</b>	<b>6</b>
	<b>5.3 EPICRISIS UNIDAD DE MEDICINA.....</b>	<b>6</b>
	<b>5.4 HOJA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA UNIDAD DE MEDICINA: INGRESO .....</b>	<b>7</b>
	<b>5.5 HOJA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA UNIDAD DE MEDICINA: EVOLUCIÓN DIARIA .....</b>	<b>8</b>
6.	REGISTRO DE CONSULTAS PROFESIONALES AMBULATORIAS.....	9
7.	INTERCONSULTAS.....	10
8.	ATENCIÓN DE URGENCIA .....	11
9.	REGISTROS CLÍNICOS UNIDAD DE DIÁLISIS .....	12
10.	DISTRIBUCIÓN .....	18
11.	RESPONSABILIDAD DEL ENCARGADO.....	18
12.	INDICADORES .....	19
	<b>12.1 INDICADOR UNIDAD DE MEDICINA.....</b>	<b>19</b>
	<b>12.2 INDICADOR UNIDAD DE URGENCIA .....</b>	<b>20</b>
	<b>12.3 INDICADOR CONSULTAS PROFESIONALES AMBULATORIAS .....</b>	<b>21</b>
13.	ANEXOS.....	23
	<b>13.1 PAUTA DE COTEJO: CONTENIDOS MÍNIMOS DE EPICRISIS .....</b>	<b>23</b>
	<b>13.2 PAUTA DE COTEJO: CONTENIDOS MÍNIMOS DAU.....</b>	<b>24</b>
	<b>13.4 PAUTA DE COTEJO: CONTENIDOS MÍNIMOS CONSULTAS AMBULATORIAS .....</b>	<b>25</b>
	<b>13.5 FORMATO DE INGRESO UNIDAD DE MEDICINA .....</b>	<b>26</b>
	<b>13.6 FORMATO DE INGRESO UNIDAD DE MEDICINA .....</b>	<b>27</b>
14.	PLANILLA DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTO.....	28



 <p>Hospital San José Unidad Familiar y Comunitario de Casablanca</p>	<b>SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLÍNICOS</b>	Código: REG 1.2 Edición: 5 Fecha: 15-04-2026 Página 3 de 28 Vigencia: 15-04-2031
--	--	--

## 1. OBJETIVOS

### Objetivo General:

- Estandarizar los registros mínimos a completar en ficha clínica de usuarios en las diferentes áreas del Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca como Urgencia, Medicina, Consultas ambulatorias y Unidad de Diálisis, indicando responsables de cada registro, uso de letra legible y contenidos mínimos a completar.

### Objetivos Específicos:

- Definir los campos obligatorios en la ficha clínica para cada área (Urgencia, Medicina, Consultas Ambulatorias, Unidad de Diálisis).
- Garantizar que todos los registros incluyan: identificación del paciente, motivo de consulta, diagnóstico, procedimientos realizados, indicaciones médicas y responsable del registro.
- Implementar auditorías periódicas para verificar la calidad y legibilidad de los registros.
- Capacitar al personal en el uso de los contenidos mínimos y en la importancia de la legibilidad.
- Establecer un sistema de retroalimentación continua para corregir errores detectados en auditorías.
- Implementar indicadores de cumplimiento (porcentaje de fichas completas, porcentaje de registros legibles).
- Revisar trimestralmente los resultados y ajustar protocolos según hallazgos.

## 2. ALCANCE

Trabajadores clínicos profesionales médicos, profesionales no médicos, técnicos de enfermería, técnicos dentales, técnicos de imagenología, que poseen acceso a Ficha Clínica, recaudadores de urgencia y administrativos de SOME.

## 3. RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN

Las responsabilidades de la aplicación recaen en diferentes estamentos clínicos y administrativos. El detalle de registros por cada uno se detalla en el desarrollo en base a cada unidad. Dentro de los responsables se encuentran:

- Administrativo de SOME
- Enfermero de turno en Unidad de Diálisis.
- Enfermero de turno en Unidad de Urgencia y Medicina.
- Equipo de Hospitalización Domiciliaria
- Matrona en turno en Unidad de Urgencia.
- Médico de turno en Unidad de Diálisis.
- Médico de turno en Unidad de Urgencia.
- Médico tratante de usuarios hospitalizados en Unidad de Medicina.
- Recaudadores de Urgencia.
- Técnicos de enfermería en Unidad de Diálisis.
- Técnicos de enfermería en Unidad de Urgencia y Medicina.
- Técnicos y profesionales que atienden consultas ambulatorias.
- Técnicos y profesionales que brindan atención en Unidad de Urgencia y Medicina.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/9EIKQH-748>

#### 4. DEFINICIONES

**DIALINET:** Ficha electrónica especializada en hemodiálisis crónica; es una solución informática para gestión de unidades de diálisis.

**EPICRISIS:** Documento que resume registros de la información relevante de la hospitalización del paciente, confeccionado por parte de médico tratante y entregado a paciente una vez indicada el alta médica.

**EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTE HOSPITALIZADO:** Procedimiento mediante el cual el tratante registra en ficha clínica las novedades en la evaluación clínica, la terapéutica y las indicaciones para el manejo del Usuario.

**FICHA CLÍNICA:** Registro de los antecedentes de los distintos episodios clínicos de los usuarios, que, tanto para los efectos de la relación médico-paciente, como para los fines que estipula la ley, son manejados en forma conjunta. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, asegurando siempre la confidencialidad y conservación de la información de ésta.

**HOJA DAU:** Hoja de “Dato de atención de Urgencia”.

**HOJA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:** Registro confeccionado por profesional de enfermería que incluye: Ingreso de enfermería y Evolución diaria de enfermería.

**INGRESO MÉDICO SERVICIO DE MEDICINA:** Documento confeccionado por médico tratante, mediante el cual se consigna en ficha clínica la información relevante para el tratamiento del usuario al momento en que éste ingresa al establecimiento para ser hospitalizado. Esta información relevante incluye sus antecedentes personales, su condición actual, la historia clínica, diagnóstico y el plan terapéutico.

**INGRESO MÉDICO UNIDAD DE DIÁLISIS:** Documento confeccionado por médico de turno, mediante el cual se consigna en ficha clínica la información relevante para el tratamiento del usuario al momento en que éste ingresa a la Unidad de Diálisis. Esta información relevante incluye sus antecedentes personales, su condición actual, la historia clínica, diagnóstico y el plan terapéutico.

**INTERCONSULTA:** Documento mediante el cual el profesional de salud se comunica con otro para solicitar la continuidad del proceso diagnóstico o terapéutico del paciente.

**REGISTRO DE CONSULTAS PROFESIONALES AMBULATORIAS:** Registro de la evaluación del profesional tratante en ficha clínica del paciente, detallando los aspectos relevantes de dicha evaluación, y que es realizada en cada consulta ambulatoria que realizar el usuario.

**REGISTROS CLÍNICOS:** Conjunto de datos clínicos organizados y relacionados entre sí, en función de un propósito asistencial determinado.



	<b>SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLÍNICOS</b>	Código: REG 1.2 Edición: 5 Fecha: 15-04-2026 Página 5 de 28 Vigencia: 15-04-2031
---	--	--

## 5. REGISTROS UNIDAD DE MEDICINA

### 5.1 INGRESO MÉDICO UNIDAD DE MEDICINA

CONTENIDOS MÍNIMOS A LLENAR	RESPONSABLE
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>	
Nombre, apellido paterno y materno.	Médico que realiza ingreso
RUN.	
Edad.	
Fecha de nacimiento.	
Fecha de Ingreso.	
<b>DATOS CLÍNICOS</b>	
Antecedentes mórbidos.	Médico que realiza ingreso
Antecedentes quirúrgicos.	
Alergias.	
Diagnóstico de ingreso.	
Historia y evolución clínica.	
<b>INDICACIONES MÉDICAS</b>	
Nombre de médico tratante, firma y timbre.	Médico que realiza ingreso
Plan o indicaciones médicas (*).	
<p><b>* Indicaciones médicas incluyen:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exámenes solicitados, realizar solicitud a través de ficha electrónica.</li> <li>2. Tratamiento farmacológico, realizar recetas a través de ficha electrónica.</li> <li>3. Medidas de tratamiento no farmacológico.</li> <li>4. Toda otra información que, a juicio del médico que realiza el ingreso, sea relevante para asegurar la calidad y seguridad en la atención del paciente.</li> </ol>	

***Este documento quedará anexo a ficha clínica en formato físico del paciente.***



**5.2 EVOLUCIÓN DIARIA DE PACIENTES UNIDAD DE MEDICINA**

CONTENIDOS MÍNIMOS A LLENAR	RESPONSABLE
Fecha.	Médico tratante
Hora de evolución.	
Diagnósticos.	
Evolución médica del paciente (*).	
Plan de tratamiento.	
Identificación del médico que evoluciona al paciente, firma y timbre.	
<b>* Evaluación médica general incluye:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado general.</li> <li>2. Estado hemodinámico.</li> <li>3. Examen físico.</li> <li>4. Información relevante para asegurar la calidad y seguridad del paciente en su atención.</li> </ol>	

*Este documento quedará anexo a ficha clínica en formato físico del paciente.*

**5.3 EPICRISIS UNIDAD DE MEDICINA**

CONTENIDOS MÍNIMOS A LLENAR	RESPONSABLE
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>	
Nombre, apellido paterno y materno.	Médico tratante
RUN.	
Edad.	
Fecha de nacimiento.	
Fecha de Ingreso.	
Fecha de Egreso.	
<b>DATOS CLÍNICOS DE LA HOSPITALIZACIÓN</b>	
Antecedentes Mórbidos (*)	Médico tratante
Antecedentes Quirúrgicos.	
Medicamentos.	
Alergias.	
Diagnóstico de Ingreso.	
Historia y Evolución Clínica.	
Diagnóstico de Egreso.	
<b>INFORMACIÓN PARA EL ALTA</b>	
Indicaciones al alta (**)	Médico tratante
Nombre, apellido paterno y materno de médico tratante	
Firma de médico tratante y timbre	
(*) Antecedentes mórbidos incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedentes mórbidos generales</li> <li>- Fármacos de uso habitual y alergias</li> </ul> (**) Este ítem se excluye en pacientes fallecidos y en pacientes trasladados a otro centro asistencial; en este último caso, el documento será denominado "Hoja de Traslado".	

*Este documento quedará anexo a ficha clínica en formato físico del paciente.*



**5.4 HOJA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA UNIDAD DE MEDICINA: INGRESO**

CONTENIDOS MÍNIMOS A LLENAR (HOJA DE INGRESO DE ENFERMERÍA)	RESPONSABLE
<b>DATOS PERSONALES</b>	
Nombre, apellido materno y apellido paterno.	Enfermera (o) en turno
Edad.	
Diagnósticos.	
Médico tratante.	
Habitación, cama.	
Fecha de ingreso.	
Familiar responsable.	
Teléfono de contacto.	
<b>DATOS CLÍNICOS</b>	
Motivo de ingreso.	Enfermera (o) en turno
Antecedentes mórbidos.	
Tratamiento farmacológico.	
Control de signos vitales.	
Ingreso con invasivos (VVP) (CUP) (TQT) (GTT) (CVC).	
Escala de Braden.	
EVA.	
Escala de Downton.	
Cudyr.	
<b>DATOS DE ENFERMERA TRATANTE</b>	
Nombre del profesional.	Enfermera (o) en turno
Firma y timbre del profesional.	

*Este documento quedará anexo a la ficha clínica en formato físico del paciente.*



**5.5 HOJA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA UNIDAD DE MEDICINA: EVOLUCIÓN DIARIA**

CONTENIDOS MÍNIMOS A LLENAR (HOJA DE EVOLUCIÓN DIARIA DE ENFERMERÍA)	RESPONSABLE
<b>DATOS GENERALES</b>	
Fecha de evolución.	Enfermera de turno
Hora de evolución.	
<b>DATOS CLÍNICOS</b>	
Estado general del paciente.	Enfermera de turno
Interpretación de signos vitales.	
Evolución de enfermería de turno (*).	
Presencia o no de invasivos (**).	
Cuidados de enfermería pendientes.	
<b>DATOS DE ENFERMERA TRATANTE</b>	
Identificación del profesional (**).	Enfermera de turno
(*) Incluye anamnesis, nivel de conciencia de paciente, examen físico general, evaluación de diuresis y deposiciones, y otra información relevante a juicio de enfermera tratante. (**) Incluye vías venosas periféricas, sondas nasogástricas, sonda Foley, traqueostomía y gastrostomía. Se registran sólo en caso de que esté presente alguno de estos invasivos. De lo contrario, no se registra su presencia ni ausencia. (***) Identificación se realiza como "Nombre completo, firma y timbre"	

***Este documento quedará anexo a ficha clínica en formato físico del paciente.***



	<b>SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLÍNICOS</b>	Código: REG 1.2 Edición: 5 Fecha: 15-04-2026 Página 9 de 28 Vigencia: 15-04-2031
---	--	--

**6. REGISTRO DE CONSULTAS PROFESIONALES AMBULATORIAS**

CONTENIDOS MÍNIMOS A LLENAR EN PLATAFORMA ELECTRÓNICA	RESPONSABLE
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>	
Nombre, apellido paterno y apellido materno.	Personal administrativo SOME
RUN.	
Edad.	
Dirección.	
Teléfono.	
Previsión.	
<b>DATOS CLÍNICOS</b>	
Motivo: Se debe referir al motivo de consulta al usuario y prestación.	Técnico o profesional tratante (**)
Anamnesis: Antecedentes familiares, mórbidos, sociales u otro atingente.	
Exploración (*): Se debe incluir signos vitales, exploración física o entrevista psicosocial	
Diagnóstico: Diagnóstico claro de enfermedad aguda o crónica y/o estado nutricional	
Actuación: Derivaciones, educaciones (de acuerdo a protocolo de Guías Anticipatorias) y/o procedimientos realizados.	
<p>(*) Exploración incluye examen físico del paciente. En caso de apertura de fichas sin atención presencial del usuario (Rescate, receta, etc) debe consignarse como: "No aplica por...(motivo)"</p> <p>(**) Técnico o profesional tratante incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirujano Dentista</li> <li>• Educadora de Párvulos</li> <li>• Enfermera</li> <li>• Fonoaudiólogo</li> <li>• Kinesiólogo</li> <li>• Matrona</li> <li>• Médico</li> <li>• Nutricionista</li> <li>• Psicóloga</li> <li>• Químico Farmacéutico</li> <li>• Técnico en Enfermería</li> <li>• Tecnólogo Médico</li> <li>• Terapeuta Ocupacional</li> <li>• Trabajador/a Social</li> </ul>	



	<b>SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLÍNICOS</b>	Código: REG 1.2 Edición: 5 Fecha: 15-04-2026 Página <b>10</b> de <b>28</b> Vigencia: 15-04-2031
---	--	---

**7. INTERCONSULTAS**

CONTENIDOS MÍNIMOS A LLENAR	RESPONSABLE
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>	
Fecha de solicitud.	Profesional tratante
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>	
Nombre, apellido paterno y apellido materno.	Personal administrativo SOME
RUN.	
Sexo.	
Fecha de nacimiento.	
Edad.	
Domicilio.	
Comuna de residencia.	
Teléfonos de contacto.	
<b>DATOS CLÍNICOS</b>	
Establecimiento de derivación.	Profesional tratante
Especialidad de derivación.	
Hipótesis diagnóstica o diagnóstico.	
Apertura GES.	
Fundamentos del diagnóstico.	
<b>DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE</b>	
Nombre, apellido paterno y apellido materno.	Profesional tratante
RUN.	
Firma.	
Timbre.	

**Este documento podrá ser elaborado por los siguientes profesionales:**

- Cirujano Dentista
- Matrona
- Médico Cirujano



**8. ATENCIÓN DE URGENCIA**

CONTENIDOS MÍNIMOS A LLENAR	RESPONSABLE
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>	
Fecha y hora de ingreso a sistema.	Recaudador de Urgencia
Dirección.	
Teléfono.	
Previsión.	
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>	
Nombre, apellido paterno y apellido materno.	Recaudador de Urgencia
RUN.	
Edad.	
Sexo.	
<b>INFORMACIÓN CLÍNICA</b>	
Motivo de consulta.	Enfermera (o) en turno en categorizador
Categorización.	Enfermera (o) en turno en categorizador
Signos Vitales (*).	Enfermera (o) en turno en categorizador
Anamnesis.	Médico en turno
Exploración.	
Hipótesis Diagnóstica.	
Indicaciones.	
Destino.	
Fecha y hora de Egreso.	
<b>DATOS DEL MÉDICO TRATANTE</b>	
Nombre, apellido paterno y apellido materno	Médico en turno
RUN	
(*) Signos vitales incluye: 1. Temperatura 2. Presión arterial 3. Frecuencia cardiaca 4. Saturación de oxígeno 5. Frecuencia Respiratoria 6. Glicemia en caso de diabéticos o sospecha clínica	

***La atención de Urgencia es realizada exclusivamente por profesionales médicos cirujanos.***



**9. REGISTROS CLÍNICOS UNIDAD DE DIÁLISIS**

La Unidad de Diálisis del Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca utiliza un sistema estandarizado de registro clínico digital “DialiNet”, la información es traspasada a ficha electrónica “AVIS” por PDF cargando a ítem de documentos en documentos al interior de la Ficha Clínica.

Los registros de Diálisis se dividen en:

- 1) Datos de Ingreso.
- 2) Historia Clínica.
- 3) Registro por Sesión.

DATOS DE INGRESO	
ANTECEDENTES	RESPONSABLE
<p><b>Datos generales:</b> Nombre, apellido paterno, apellido materno, RUN, fecha nacimiento, edad, sexo, previsión, servicio de salud al cual pertenece y centro de atención primaria al cual pertenece.</p>	Enfermera/o
<p><b>Datos demográficos:</b> Dirección, región, ciudad, comuna, teléfono contacto. La actualización de datos es exclusiva del personal administrativa/o.</p>	Enfermera/o Administrativa/o
HISTORIA CLÍNICA	
ANTECEDENTES	RESPONSABLE
<p><b>Acceso vascular se describe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de acceso vascular</li> <li>• Localización</li> <li>• Fecha de confección</li> <li>• Estado de funcionalidad</li> <li>• Fecha inicio de uso y días de uso.</li> </ul>	Enfermera/o
<p><b>Exámenes obligatorios de ingreso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de VIH</li> <li>• Hepatitis B</li> <li>• Hepatitis C</li> </ul>	Enfermera/o
<p><b>Exámenes mensuales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de exámenes mensuales según calendarización.</li> </ul>	Enfermera/o
<p><b>Indicaciones de hemodiálisis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de confección de registro</li> <li>• Hora de hemodiálisis expresada en hora</li> <li>• Flujo bomba de sangre expresada en mL/min</li> <li>• Flujo líquido de diálisis expresado en mL/min</li> <li>• Ultrafiltración máxima tolerada expresada en L</li> <li>• Peso seco expresado en Kg</li> <li>• Bicarbonato de monitor expresado en mEq</li> <li>• Sodio de monitor expresado en mEq</li> <li>• Baño de Potasio y Calcio expresado en mEq</li> <li>• Dosis de Heparina de inicio y mantención expresada en UI</li> <li>• Tipo de capilar</li> <li>• Número de trocar si requiere</li> </ul>	Director Técnico Médico de Turno



<p><b>Consideraciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las indicaciones de hemodiálisis son de responsabilidad exclusiva del director técnico el cual lo especificará en sección “evolución médica”.</li> <li>Personal de enfermería y médico de turno realizaran el traspaso de información en sección “indicaciones de hemodiálisis”</li> </ul>	
<p><b>Indicación de Medicamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Describir tipo de medicamento</li> <li>Dosis, frecuencia, presentación de fármaco</li> <li>Vía de administración</li> <li>Comentario</li> </ul> <p><b>Consideraciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las indicaciones de medicamentos son de responsabilidad exclusiva de director técnico en conjunto con el médico de turno el cual lo especificara en sección “evolución médica”.</li> <li>Personal de enfermería y médico de turno realizarán traspaso de información en sección “indicaciones de medicamentos”</li> </ul>	<p>Director Técnico Médico de Turno Enfermera/o</p>
<p><b>Sección Evolución</b></p> <p><b>Director Técnico</b> <u>Ingreso Nefrológico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Antecedentes relevantes</li> <li>Indicaciones de diálisis</li> <li>Modificaciones farmacológicas</li> </ul> <p><u>Evolución mensual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Especificar mes de evolución</li> <li>Antecedentes del usuario</li> <li>Manejo respecto a: Anemia, metabolismo mineral óseo, ácido base, electrolitos plasmáticos, kt/v (sujeto a calendarización de exámenes)</li> <li>Novedades recientes</li> </ul> <p><u>Evolución extra:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reforzar o cambiar indicación según parámetros clínicos del usuario.</li> </ul> <p><b>Médico de Turno</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Debe realizar evolución diaria, la que debe contemplar:</li> <li>Condiciones de ingreso del usuario</li> <li>Aumento ponderal, ultrafiltración programada.</li> <li>Signos de sobrecarga de volumen.</li> <li>Molestias en domicilio/ molestias actuales (anamnesis +/- examen físico si se requiere).</li> <li>Evolución durante diálisis (complicaciones, hemodinamia).</li> <li>Condiciones de egreso del usuario.</li> <li>En caso de que se requiera educación sobre alimentación, farmacológicas, signos de alarma.</li> <li>Indicación de administración de fármacos para manejo de complicaciones agudas e indicaciones de procedimientos.</li> </ul>	<p>Director Técnico Médico de Turno Enfermera/o Nutricionista Kinesiólogo</p>



<p><b>Consideraciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de que el usuario refiera molestias no asociada a tratamiento dialítico, médico descartara urgencia/emergencia y procederá a enviar hoja para coordinar cita en APS.</li> <li>• En caso de que usuario refiera control con especialista, se evaluará realización de informe médico dando énfasis a la temática de la consulta.</li> </ul> <p><b>Enfermería:</b> Evolucionará en esta sección solo en caso de que usuario no asista a su terapia dialítica. Evolución debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de inasistencia</li> <li>• Motivo de inasistencia</li> <li>• Método de comunicación</li> <li>• Persona que informa: usuario o familiar</li> <li>• Educación sobre dieta de emergencia y signos de alarma</li> </ul> <p><b>Nutricionista:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnesis remota</li> <li>• Diuresis residual</li> <li>• Exámenes recientes</li> <li>• Sintomatología</li> <li>• Examen físico</li> <li>• Tratamiento farmacológico actual</li> <li>• Anamnesis alimentaria</li> <li>• Actividad física</li> <li>• Planes</li> </ul> <p><b>Observaciones:</b> Minuta debe subirse en sección “gestor documental” DialiNet Evolución debe registrarse en AVIS</p> <p><b>Kinesiólogo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnesis remota</li> <li>• Capacidad funcional</li> <li>• Presencia de discapacidad</li> <li>• Ejercicios realizados</li> <li>• Indicaciones en domicilio</li> </ul>	<p>Director Técnico Médico de Turno Enfermera/o Nutricionista Kinesiólogo</p>
<p><b>Hospitalizaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de ingreso</li> <li>• Egreso de hospitalización</li> <li>• Días de hospitalización</li> <li>• Diagnósticos</li> <li>• Lugar de hospitalización</li> <li>• Días de diálisis perdidas, si procede</li> <li>• Lugar de diálisis, si procede</li> </ul>	<p>Enfermera/o</p>
<p><b>Registro de inmunización:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de vacuna administrada</li> <li>• Establecimiento de salud quien administró vacuna</li> <li>• Fecha de administración</li> </ul>	<p>Enfermera/o</p>



<p><b>Registro de Transfusiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de procedimiento</li> <li>• Número de serie</li> <li>• Grupo sanguíneo</li> <li>• Cantidad</li> <li>• Tipo de hemo</li> <li>• Institución donde se realizó transfusión</li> </ul>	<p>Enfermera/o</p>
<p><b>Programa Trasplante:</b> Causa de insuficiencia renal estado (Desconocido, no estudiando, rechazado, espera de evaluación, espera estudio- pre- trasplante, estudio pre- trasplante, lista espera trasplante, trasplantado, rechazo trasplante)</p>	<p>Enfermera/o</p>
<p><b>Registro de Infecciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha, tipo de infección</li> <li>• Tratamiento</li> <li>• Detallar si se realizó cultivo y resultado</li> <li>• Tipo de acceso vascular</li> </ul>	<p>Enfermera/o</p>
<p><b>Evaluación Riesgo de Caída:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de evaluación</li> <li>• Factores de riesgo (medicamentos tranquilizantes o sedantes, alteración visual o auditiva, estado mental confuso, deambulación alterada).</li> </ul>	<p>Enfermera/o</p>
<p><b>Anamnesis Remota:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de base</li> <li>• Fecha de ingreso a hemodiálisis</li> <li>• Fecha ingreso a la Unidad de Diálisis</li> <li>• Grupo sanguíneo, modo de ingreso (traslado)</li> <li>• Médico de turno quien realiza ingreso</li> <li>• Tipo de ingreso (nuevo, prevalente, en tránsito, cambio de modalidad, reingreso por pérdida de injerto).</li> </ul>	<p>Enfermera/o</p>
<p><b>Anamnesis Próxima:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapa de Insuficiencia Renal Crónica</li> <li>• Data de confirmación de diagnóstico/ inicio hemodiálisis</li> <li>• Antecedentes: Antecedentes mórbidos, cirugías, hábitos, alergias. Acceso vascular, diuresis residual.</li> <li>• Tratamiento farmacológico al ingreso: medicamento, dosis, frecuencia, vía de administración.</li> <li>• Exámenes de laboratorio al ingreso.</li> </ul> <p><b>Observaciones:</b> Anamnesis próxima se realiza cuando el usuario ingrese a la unidad. En caso de agregarse nuevos diagnósticos, se actualizará.</p>	<p>Médico de Turno</p>
<p><b>Examen Físico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado general</li> <li>• Nivel de conciencia</li> <li>• Respiratorio</li> <li>• Cardiovascular</li> <li>• Digestivo</li> <li>• Hemolinfo</li> </ul>	<p>Médico de Turno</p>
<p><b>Diagnósticos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnósticos confirmados</li> </ul>	<p>Médico de Turno Enfermera/o</p>



REGISTRO POR SESIÓN	
ANTECEDENTES	RESPONSABLE
<p><b>Pausa de seguridad</b></p> <p>Es un listado de seguridad la cual se debe aplicar previo a la conexión del usuario al monitor de hemodiálisis: credencial del usuario, peso de ingreso, control de signos vitales, temperatura liquido de diálisis, sodio, filtro correcto.</p>	Enfermera/o
<p><b>Personal de turno</b></p> <p>Medico de turno, enfermera/o de sala, enfermera/o de conexión, enfermera/o de desconexión, TENS de sala, TENS de conexión, TENS de desconexión.</p>	Enfermera/o
<p><b>Hora y fecha</b></p> <p>Datos establecidos: fecha Datos para completar: inicio y término de terapia dialítica expresado en h.</p>	Enfermera/o
<p><b>Parámetros</b></p> <p><b>Datos establecidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hora de hemodiálisis</li> <li>• Flujo de sangre</li> <li>• Flujo de diálisis</li> <li>• Acceso vascular</li> <li>• Localización</li> <li>• Baño de potasio</li> <li>• Baño de calcio</li> <li>• Número de monitor</li> </ul> <p><b>Datos para completar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de filtro</li> <li>• Línea arterial y venosa</li> <li>• Temperatura monitor</li> <li>• Conductividad</li> <li>• Test de peracético</li> <li>• Concentración de peracético</li> <li>• Tiempo de recirculación</li> </ul>	Enfermera/o
<p><b>Datos pre diálisis y post diálisis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión arterial expresada en mmHg</li> <li>• Frecuencia cardiaca expresada en latidos por minuto</li> <li>• Temperatura corporal expresada en grados Celsius</li> <li>• Peso corporal ingreso y egreso expresada en kilogramos</li> </ul>	Enfermera/o TENS
<p><b>Programación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos determinados:</li> <li>• Peso seco</li> <li>• Ultrafiltración máxima tolerada</li> </ul> <p><b>Datos para completar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volemización</li> <li>• Devolución</li> <li>• Perfil de ultrafiltración</li> <li>• Ultrafiltración objetiva</li> <li>• Ultrafiltración</li> <li>• KT/V obtenido</li> <li>• KT objetivo.</li> </ul>	Enfermera/o
<p><b>Resumen egreso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Egreso del usuario</li> <li>• Estado del filtro</li> <li>• Estado de líneas</li> </ul>	Enfermera/o



<p><b>Controles</b></p> <p><b>Observación Intradialisis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones que presente durante terapia</li> <li>• Justificación modificación de parámetros</li> <li>• Medicamentos que se administren durante terapia especificando, fármaco, dosis y vía de administración.</li> </ul> <p><b>Observación Pre y Post Diálisis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado hemodinámico</li> <li>• Aumento ponderal de peso expresado en Kg</li> <li>• Signos de congestión</li> <li>• Estado general en domicilio</li> </ul>	<p>Enfermera/o</p>
<p><b>Control Horario</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de Heparina sódica</li> <li>• Administración de suero fisiológico si procede</li> <li>• Conductividad de monitor</li> <li>• Frecuencia cardiaca</li> <li>• Hora, presión sistólica</li> <li>• Observación (modificación de parámetros).</li> <li>• Presión arterial de monitor</li> <li>• Presión arterial media</li> <li>• Presión diastólica</li> <li>• Presión transmembranal</li> <li>• Presión venosa de monitor</li> <li>• Sodio de monitor</li> <li>• Ultrafiltración acumulada</li> <li>• Ultrafiltración horaria</li> <li>• Velocidad flujo sanguíneo</li> </ul>	<p>Enfermera/o TENS</p>
<p><b>Evento Adverso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de complicación</li> <li>• Duración de complicación</li> <li>• Manejo de complicación</li> <li>• Funcionario quien maneja complicación</li> </ul>	<p>Enfermera/o</p>
<p><b>Acceso Vascular</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso vascular que se encuentra en uso y valoración</li> </ul> <p><b>Fistula Arteriovenosa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frémito</li> <li>• Incidente en la punción</li> <li>• Numero trócar a utilizar</li> <li>• Presencia de pulso</li> <li>• Valoración de piel</li> <li>• Velocidad de flujo sanguíneo que alcanza</li> </ul> <p><b>Catéter Venoso Ventral</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desinfectante que utilizó en curación</li> <li>• Permeabilidad de ramas venosa y arterial</li> <li>• Signos de infección</li> <li>• Tipo de apósito</li> <li>• Tipo de conexión línea o invertido</li> <li>• Tipo de tapones</li> <li>• Valoración de apósito de fijación</li> <li>• Valoración piel circundante</li> <li>• Velocidad de flujo sanguíneo que alcanza</li> </ul>	<p>Enfermera/o</p>



	<b>SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLÍNICOS</b>	Código: REG 1.2 Edición: 5 Fecha: 15-04-2026 Página <b>18</b> de <b>28</b> Vigencia: 15-04-2031
---	--	---

<p><b>Medicamentos Utilizados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad</li> <li>• Dosis</li> <li>• Fármaco y su presentación</li> <li>• Funcionario quien administra</li> <li>• Intervalo</li> </ul>	Enfermera/o
---	-------------

**10. DISTRIBUCIÓN**

- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente
- Subdirección de Gestión Asistencial
- Unidad de Medicina
- Unidad de Urgencia
- Unidad de Diálisis
- Unidades de Atención Primaria
- SOME
- Recaudación

**11. RESPONSABILIDAD DEL ENCARGADO**

**Subdirector de Gestión Asistencial:** Encargado de velar por el correcto cumplimiento de este procedimiento y de proponer las mejoras necesarias para optimizar los procesos en este documento descritos.



	<b>SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLÍNICOS</b>	Código: REG 1.2 Edición: 5 Fecha: 15-04-2026 Página <b>19</b> de <b>28</b> Vigencia: 15-04-2031
---	--	---

**12. INDICADORES**

**12.1 INDICADOR UNIDAD DE MEDICINA**

ÁMBITO	REGISTROS	
CARACTERÍSTICA	REG 1.2	
NOMBRE	% de cumplimiento confección de registros completos en Epicrisis en pacientes de alta desde Unidad de Medicina.	
DESCRIPCIÓN Y RACIONALIDAD	Se evaluará el cumplimiento de la correcta confección de Epicrisis en pacientes de alta desde la unidad de Medicina, a través de la verificación de la presencia de los contenidos mínimos a llenar, según registros mínimos.	
DIMENSIÓN	Proceso	
NUMERADOR	Nº de Epicrisis de pacientes de alta de Unidad de Medicina que cuentan con la presencia de los contenidos mínimos, según protocolo en el mes.	X 100
DENOMINADOR	Nº total de Epicrisis de pacientes de alta de Unidad de Medicina evaluadas en el mes.	
UMBRAL	≥ 85%	
PERIODICIDAD	Mensual Informe trimestral	
MUESTRA	<p>Se evaluarán la totalidad de las epicrisis de pacientes de alta de Unidad de Medicina, con periodicidad mensual.</p> <p>Unidad de Estadística entregará, de forma mensual a responsable de la medición, el listado con los pacientes de alta del mes anterior, con esta información, el responsable de la medición solicitará las fichas clínicas de los pacientes señalados, en cuyas epicrisis se verificará la presencia de los contenidos mínimos, según protocolo, consignando en pauta de cotejo la presencia de la información, realizándose un informe trimestral con resultados obtenidos.</p> <p>Para efectos de la elaboración del indicador y obtención de sus resultados, no se considerarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes fallecidos.</li> <li>• Fugas.</li> <li>• Hojas de Traslado.</li> </ul>	
FUENTE DE DATOS	Pauta de Cotejo y registro de estadística de egresos mensuales.	
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Enfermera Coordinadora Unidad de Medicina	



	<b>SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLÍNICOS</b>	Código: REG 1.2 Edición: 5 Fecha: 15-04-2026 Página <b>20</b> de <b>28</b> Vigencia: 15-04-2031
---	--	---

## 12.2 INDICADOR UNIDAD DE URGENCIA

ÁMBITO	REGISTROS	
<b>CARACTERÍSTICA</b>	REG 1.2	
<b>NOMBRE</b>	% de cumplimiento del correcto llenado de Hoja DAU en atendidos en Unidad de Urgencia.	
<b>DESCRIPCIÓN Y RACIONALIDAD</b>	Se evaluará el cumplimiento del correcto registro en hoja DAU, en usuarios atendidos por médico y datos de alta luego de su atención clínica en unidad de Urgencia, verificando el registro de contenidos mínimos descritos en protocolo.	
<b>DIMENSIÓN</b>	Proceso	
<b>NUMERADOR</b>	Nº de Hojas DAU de pacientes atendidos en Unidad de Urgencia que cuentan con la presencia de los contenidos mínimos, según protocolo en el mes.	X 100
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de Hojas DAU de pacientes atendidos Unidad de Urgencia evaluadas en el mes.	
<b>UMBRAL</b>	≥ 80%	
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual Informe trimestral	
<b>MUESTRA</b>	Muestra aleatoria de usuarios con atención médica en urgencia. El tamaño de muestra mensual se ha definido de 20 usuarios a supervisar, utilizando calendario aleatorio enviado por Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, las que son 5 al mes, seleccionando 4 fichas para revisión en cada fecha, las hojas DAU a revisar serán las elegidas de acuerdo a número de atenciones diarias, es decir, el número total de atenciones por día a supervisar al azar a través de aplicación: <a href="https://app-sorteos.com/es/apps/sortear-numeros-online">https://app-sorteos.com/es/apps/sortear-numeros-online</a> , se obtendrán los números a cotejar, introduciendo el nº total de usuarios atendidos por médico el día de revisión y seleccionar 5 números, los que serán elegidos acorde al número total de atenciones por día.	
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Pauta de Cotejo	
<b>RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN</b>	Enfermera Coordinadora Unidad de Urgencia	



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/9EIKQH-748>

	<b>SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLÍNICOS</b>	Código: REG 1.2 Edición: 5 Fecha: 15-04-2026 Página <b>21</b> de <b>28</b> Vigencia: 15-04-2031
---	--	---

### 12.3 INDICADOR CONSULTAS PROFESIONALES AMBULATORIAS

ÁMBITO	REGISTROS	
<b>CARACTERÍSTICA</b>	REG 1.2	
<b>NOMBRE</b>	Porcentaje de cumplimiento del correcto registro en ficha electrónica "AVIS" en pacientes atendidos en Consultas Profesionales Ambulatorias por estamento.	
<b>DESCRIPCIÓN Y RACIONALIDAD</b>	Se evaluará el cumplimiento del correcto registro en Ficha clínica Electrónica de pacientes atendidos en Consultas Profesionales Ambulatorias por estamentos a través de la verificación de la presencia de los contenidos mínimos según criterios de pauta de cotejo evaluando así un correcto llenado de ficha clínica, con el fin de contribuir a la estandarización de registros clínicos del estamento médico, odontológico, de enfermería, matronil y kinesiológico, evitando registros incompletos	
<b>DIMENSIÓN</b>	Proceso	
<b>NUMERADOR</b>	Nº de Registros en ficha electrónica de atenciones en Consultas Profesionales Ambulatorias por estamento que cuentan con la presencia de los contenidos mínimos, según pauta de cotejo en el mes.	X 100
<b>DENOMINADOR</b>	Nº total de Registros en ficha electrónica de atenciones en Consultas Profesionales Ambulatorias por estamento evaluadas a través de pauta de cotejo en el mes.	
<b>UMBRAL</b>	≥ 80%	
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual	
<b>INFORME DE EVALUACIÓN</b>	Trimestral	
<b>MUESTRA</b>	<p>Muestra se realiza a través de calculadora de la SuperIntendencia. Los datos de atención mensual por estamento es desconocida, por esta razón se calcula de forma anual, aportando un porcentaje esperado del 80% de cumplimiento y un margen de error del 20%, obteniéndose una muestra de 15 fichas clínicas a revisar mensualmente entre todos los estamentos (*).</p> <p>Del total de atenciones en el mes por estamento se deben enumerar y seleccionar aleatoriamente el número de fichas del estamento a cotejar, según las atenciones efectivas del mes, es decir el número total de atenciones por mes y seleccionar el número de fichas a cotejar mediante la aplicación: <a href="https://app-sorteos.com/es/apps/sortear-numeros-online">https://app-sorteos.com/es/apps/sortear-numeros-online</a> .</p>	
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Pauta de Cotejo y Ficha Clínica Electrónica.	
<b>RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN</b>	Coordinadora de Atención Primaria.	

(\*) Según cálculo aportado por calculadora de la Superintendencia para obtener muestra representativa es:

- Matrones: 3 fichas por mes.
- Kinesiólogos: 3 fichas por mes.
- Enfermeros: 3 fichas por mes.
- Odontólogos: 3 fichas por mes.
- Médicos: 3 fichas por mes.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/9EIKQH-748>

- Ejemplo de cálculo para muestra anual muestra

<b>Escenario 2: Usted no tiene una idea clara del número total de fichas o casos</b>	
<b>Por ejemplo: El indicador se calculará una vez al año, pero es un indicador nuevo, y no sabe cuántos pacientes cumplirán los criterios de inclusión definidos.</b>	
<b>PASO 1:</b>	Seleccione cuál es el porcentaje esperado de cumplimiento del proceso o el resultado. Por ejemplo, si espera que en alrededor de $\frac{2}{3}$ de los pacientes se haya cumplido el procedimiento definido en el protocolo institucional, seleccione 0,67
	0,8
<b>PASO 2:</b>	Seleccione el margen de error con el que desea trabajar. Por ejemplo, si desea que el resultado del indicador tenga $\pm 10\%$ de error, ingrese 0,1 (ello implica que si la medición arrojó un 70% de cumplimiento, el resultado verdadero podría estar entre 60% y 80% con un 95% de confianza)
	0,2
<b>TAMAÑO DE MUESTRA</b>	
	<b>15</b>
<b>Conclusión : Se deberá analizar alrededor de 15 fichas en el período, es decir, más o menos 3 mensuales.</b>	





**SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLÍNICOS**

Código: REG 1.2  
 Edición: 5  
 Fecha: 15-04-2026  
 Página 23 de 28  
 Vigencia: 15-04-2031

**13. ANEXOS**

**13.1 PAUTA DE COTEJO: CONTENIDOS MÍNIMOS DE EPICRISIS**

PAUTA COTEJO REG 1.2 CONTENIDO EPICRISIS MEDICINA																						
MES/AÑO																						
FECHA																						
SUPERVISOR																						
RUT USUARIO DE REVISADO																						
N° DE EVALUACIÓN		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
CRITERIOS (MARCAR CON UNA X)	INFORMACIÓN DEL USUARIO	NOMBRE Y APELLIDOS PATERNO Y MATERNO																				
		RUT																				
		EDAD																				
	DATOS CLÍNICOS DE HOSPITALIZACIÓN	FECHA DE INGRESO																				
		FECHA DE EGRESO																				
		ANTECEDENTES MORBIDOS																				
		DIAGNOSTICO DE INGRESO																				
		HISTORIA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA																				
	INFORMACIÓN PARA EL ALTA	DIAGNOSTICO DE EGRESO																				
		INDICACIONES AL ALTA																				
		NOMBRE, APELLIDO PATERNO Y MATERNO MÉDICO TRATANTE																				
		FIRMA Y TIMBRE MÉDICO TRATANTE																				
	CUMPLIMIENTO SI/NO																					



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.  
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
<https://doc.digital.gob.cl/validador/9EIKQH-748>



**SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLÍNICOS**

Código: REG 1.2  
 Edición: 5  
 Fecha: 15-04-2026  
 Página 24 de 28  
 Vigencia: 15-04-2031

**13.2 PAUTA DE COTEJO: CONTENIDOS MÍNIMOS DAU**

PAUTA COTEJO REG 1.2 CONTENIDO MINIMO HOJA DE ATENCIÓN DE URGENCIA																						
MES/AÑO																						
FECHA																						
SUPERVISOR																						
RUT USUARIO DE HOJA DAU REVISADA																						
N° DE EVALUACIÓN		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
CRITERIOS (MARCAR CON UNA X)	INFORMACIÓN GENERAL	FECHA Y HORA DE INGRESO A SISTEMA																				
		DIRECCIÓN																				
		TELÉFONO																				
		PREVISIÓN																				
	INFORMACIÓN DEL PACIENTE	NOMBRE, APELLIDOS																				
		RUT																				
		EDAD																				
		SEXO																				
	INFORMACIÓN CLÍNICA	MOTIVO DE CONSULTA																				
		CATEGORIZACIÓN																				
		SIGNOS VITALES (*)																				
		ANAMNESIS																				
		EXPLORACIÓN																				
		HPÓTESIS DIAGNÓSTICA																				
		INDICACIONES																				
DESTINO																						
FECHA Y HORA DE EGRESO																						
CUMPLIMIENTO SI/NO																						



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.  
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
<https://doc.digital.gob.cl/validador/9EIKQH-748>



**SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS CLÍNICOS**

Código: REG 1.2  
 Edición: 5  
 Fecha: 15-04-2026  
 Página 25 de 28  
 Vigencia: 15-04-2031

**13.4 PAUTA DE COTEJO: CONTENIDOS MÍNIMOS CONSULTAS AMBULATORIAS**

PAUTA COTEJO REG 1.2: CONTENIDO MÍNIMOS CONSULTAS AMBULATORIAS																						
MES/AÑO																						
FECHA																						
SUPERVISOR																						
RUT USUARIO DE FC REVISADA																						
N° DE EVALUACIÓN		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
CRITERIOS (MARCAR CON UNA X)	INFORMACIÓN DEL USUARIO	NOMBRE, APELLIDO PATERNO																				
		APELLIDO MATERNO																				
		RUT																				
		EDAD																				
		DIRECCIÓN																				
		TELÉFONO																				
	DATOS CLÍNICOS	PREVISIÓN																				
		MOTIVO																				
		ANAMNESIS																				
		EXPLORACIÓN																				
		DIAGNÓSTICOS																				
		ACTUACIÓN																				
	CUMPLIMIENTO SI/NO																					



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.  
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
<https://doc.digital.gob.cl/validador/9EIKQH-748>

### 13.5 FORMATO DE INGRESO UNIDAD DE MEDICINA



### INGRESO UNIDAD HOSPITALIZADOS

Fecha:

1) Antecedentes personales:

Nombre y apellidos:

RUN:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Fecha de ingreso:

2) Antecedentes Mórbidos:

3) Antecedentes Quirúrgicos:

4) Medicamentos:

5) Alergias: (-)

6) Diagnóstico de Ingreso:

7) Historia y Evolución Clínica:

8) Plan:

Firma, timbre y nombre Médico Tratante  
Hospital San José de Casablanca

Casablanca,



### 13.6 FORMATO DE INGRESO UNIDAD DE MEDICINA



## EPICRISIS DE ALTA

Fecha:00/00/0000

1) **Antecedentes personales:**

**Nombre y apellidos:**

**RUN:**

**Edad:**

**Fecha de nacimiento:**

**Fecha de ingreso:**

**Fecha de egreso:**

2) **Antecedentes Mórbidos:**

**Antecedentes Quirúrgicos:**

**Medicamentos:**

**Alergias:**

3) **Diagnóstico de Ingreso:**

4) **Historia y Evolución Clínica:**

5) **Diagnóstico de Egreso:**

6) **Indicaciones de Alta:**

Firma, timbre y nombre Médico Tratante  
Hospital San José de Casablanca

Firma de Paciente o Familiar Responsable



14. PLANILLA DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTO

EDICIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN	RESPONSABLE
1	07-11-2016	Creación de protocolo.	DR. PATRICIO THIEME, JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA DR. FRANKLIN GONZÁLEZ, JEFE DE SERVICIO DE URGENCIAS
2	10-09-2021	Actualización.	DRA. PATRICIA CONTRERAS INOSTROZA, ODONTOLOGA
3	09-07-2024	Actualización, se agregan registros de matronas en urgencia, datos a completar por recaudador de urgencia y enfermera categorizadora de urgencia.	NANCY MARÍN ESPINOZA ENFERMERA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
4	31-03-2025	Incorporación registro Unidad de Diálisis.	NANCY MARÍN ESPINOZA ENFERMERA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
5	15-04-2026	Corrección de indicación consultas ambulatorias.	NANCY MARÍN ESPINOZA ENFERMERA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

