

FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL

ELABORA	REVISAR	AUTORIZAR	APRUEBA
CONSTANZA PEÑA ASPE COORDINADORA DE ATENCIÓN PRIMARIA	PATRICIA CONTRERAS INOSTROZA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE NANCY MARÍN ESPINOZA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	MARÍA JOSÉ INZUNZA ACEVEDO SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	JUAN CORREA PEÑA DIRECTOR (S)
HOSPITAL FAMILIAR Y COMUNITARIO SAN JOSÉ DE CASABLANCA			



TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN.....	3
2.	OBJETIVOS.....	4
I.	Objetivo general	4
II.	Objetivos específicos	4
3.	ALCANCE	4
4.	RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN	5
5.	DEFINICIONES	6
6.	ASPECTOS RELEVANTES DE LA FICHA CLÍNICA.....	10
6.1.	Características de la Ficha Clínica única.....	10
6.2.	Soporte de la Ficha Clínica y Código Único de Identificación	11
6.3.	Regularización de código único vinculante.....	12
6.4.	Soportes externos	13
6.5.	Procedimiento de Vinculación y acceso a la integralidad de los datos	18
6.6.	Autenticidad y confidencialidad	18
7.	ASPECTOS RELEVANTES EN LA CREACIÓN DE LA FICHA CLÍNICA.....	20
7.1.	Apertura de Ficha Clínica	20
7.2.	Recepción de Fichas Clínicas.....	22
7.3.	Proceso establecido para detectar y regularizar duplicidad de Ficha Clínica.....	22
7.4.	Acceso a Fichas Clínicas de papel	23
7.5.	Perfiles de Acceso a Ficha Clínica Electrónica (AVIS)	25
8.	PRINCIPIOS LEGALES Y ÉTICOS EN EL USO DE LA FICHA CLÍNICA	34
8.1.	Uso y Regulación de la Ficha Clínica	34
8.2.	Principios Normativos Aplicables.....	34
8.3.	Acceso y Entrega de Información de la Ficha Clínica.....	35
8.4.	Cierre de Fichas Clínicas Electrónicas Posterior a la Atención Usuaría	37
8.5.	Pasos a seguir en situación de contingencia – Atenciones APS.....	38
8.6.	Procedimiento en Situación de Contingencia – Unidad de Urgencia	38
8.7.	Almacenamiento y Conservación de Fichas Clínicas	41
8.8.	Eliminación y Trazabilidad de Fichas Clínicas.....	42
8.9.	Figura 4: Eliminación de Fichas Clínicas	43
9.	ARCHIVOS SATÉLITES VINCULANTES A FICHA CLÍNICA	43
8.10.	Tabla 3: Archivos satélites vinculados a ficha clínica SOPORTE DIGITAL.....	44
8.11.	Tabla 4: Archivos satélites vinculados a ficha clínica SOPORTE PAPEL.....	49
10.	DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA.....	61
11.	DISTRIBUCIÓN.....	61
12.	PLANILLA DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTO	62
13.	ANEXOS	63
13.1	Anexo 1: Registro de Ficha Clínica por Contingencia.....	63
13.2	Anexo 2: Registro en Ficha Clínica en Unidad de Urgencia DAU	64
13.3	Anexo 3: Acta de Eliminación de Documentos	65



1. INTRODUCCIÓN

La Ficha Clínica Única del Hospital San José de Casablanca (HSJC) constituye el instrumento oficial y obligatorio destinado al registro sistemático de los antecedentes clínicos de cada usuario, abarcando todas las áreas vinculadas con su salud. Su finalidad es integrar la información necesaria para el proceso asistencial, asegurando continuidad, seguridad y calidad en la atención.

Toda la información contenida en la ficha clínica, así como en los estudios, procedimientos y tratamientos registrados, será considerada dato sensible, conforme a lo establecido en el artículo 2°, letra g) de la Ley N°19.628 sobre protección de la vida privada.

El HSJC dispone de un sistema mixto de ficha clínica:

- Formato papel, utilizado en la Unidad de Medicina.
- Formato electrónico, implementado en atención primaria, urgencia, diálisis y unidades de apoyo.

Ambos soportes garantizan el acceso oportuno, la conservación, la confidencialidad y la autenticidad de los registros, incluyendo la trazabilidad de cualquier modificación realizada.

El propósito esencial de la ficha clínica es facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos los episodios clínicos que permitan un conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del usuario. Se trata de un documento reservado y confidencial, regulado por la Ley N.º 20.584, que establece los derechos y deberes de las personas en relación con su atención en salud.

La unicidad de la ficha clínica, en el marco de la relación profesional–usuario, debe garantizar un acceso integral y seguro a los antecedentes clínicos, evitando pérdidas, duplicidades o ambigüedades en la información registrada.



2. OBJETIVOS

I. Objetivo general

Establecer un sistema institucional que garantice la existencia y operatividad de una Ficha Clínica Única e Individual, destinada al registro completo, ordenado y veraz de los antecedentes clínicos de cada usuario. Este sistema debe asegurar:

- Accesibilidad para los profesionales de salud debidamente autorizados, conforme a sus funciones y responsabilidades.
- Conservación y resguardo de la información, preservando su integridad y autenticidad.
- Confidencialidad y seguridad de los datos clínicos, en cumplimiento de la normativa vigente sobre protección de la vida privada y derechos de los pacientes.

II. Objetivos específicos

- i. Estandarizar los procedimientos de creación, registro, uso y manejo de la Ficha Clínica Única e Individual en el Hospital San José de Casablanca.
- ii. Regular los procesos de entrega, recepción, archivo y conservación, asegurando la integridad física y digital de los registros y la protección de la confidencialidad de la información contenida.
- iii. Definir criterios de acceso y perfiles de usuario, autorizando a los profesionales de salud únicamente a las secciones de la ficha clínica que correspondan a sus funciones, conforme a las normas administrativas vigentes.
- iv. Garantizar la trazabilidad y autenticidad de los registros clínicos, evitando duplicidades y asegurando la actualización oportuna de la información.
- v. Promover la capacitación y supervisión del personal clínico y administrativo en el correcto uso de la ficha clínica, reforzando la responsabilidad en el registro y resguardo de datos sensibles.
- vi. Facilitar la integración de soportes externos y plataformas digitales, asegurando la complementariedad de la información clínica y su disponibilidad para los equipos de salud.
- vii. Resguardar la continuidad asistencial del usuario, garantizando que todos los antecedentes clínicos relevantes queden registrados y disponibles para la atención integral en los distintos niveles de la red asistencial.

3. ALCANCE

Este protocolo es de aplicación obligatoria para todos los funcionarios que intervienen en el registro, acceso, manejo, conservación y resguardo de la Ficha Clínica Única e Individual del Hospital San José de Casablanca. Su cumplimiento se extiende a profesionales de salud, personal administrativo y de apoyo, en todas las etapas del ciclo de vida del documento clínico, tanto en formato físico como electrónico.



4. RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN

Las responsabilidades recaen en personal clínico y administrativo del establecimiento que participa en el manejo de la Ficha Clínica de acuerdo a los siguientes lineamientos:

- i. Dirección del establecimiento**
 - Proveer las condiciones que aseguren el cumplimiento del registro en Fichas Clínicas y conservación.
 - Difusión de protocolo y supervisión de su cumplimiento.
- ii. Subdirección de Gestión Asistencial**
 - Supervisar el cumplimiento de registros en la Ficha Clínica de todo profesional que acceda a ella.
 - Difusión de protocolo y su supervisión.
- iii. Calidad y seguridad del paciente**
 - Velar por el cumplimiento del proceso manejo de Ficha Clínica.
- iv. Jefatura Unidad de Gestión y Atención de Usuarios (SOME)**
 - Mantener actualizado el protocolo.
 - Resguardar la Ficha Clínica velando por su conservación y confidencialidad.
 - Gestión de creación y eliminación de accesos a plataforma Ficha Clínica electrónica AVIS.
 - Otorgar lineamientos respecto al manejo y proceso de trazabilidad de fichas según protocolo.
 - Supervisar el cumplimiento de los procesos que controlan la trazabilidad y acceso de Ficha Clínica desde las diferentes áreas del establecimiento.
 - Difusión de protocolo y su supervisión, proponer modificaciones que en la práctica se precisen.
- v. Jefes de las Unidades y Coordinadores**
 - Supervisar registro en Ficha Clínica utilizada en el establecimiento.
 - Realizar inducción específica sobre manejo de Ficha Clínica, soporte mixto según perfiles de acceso.
 - Informar nuevos documentos vinculados a Ficha Clínica para actualizaciones del protocolo.
- vi. Trabajadores del establecimiento que realizan atención de usuarios y poseen acceso a Ficha Clínica**
 - Realizar un correcto registro en Ficha Clínica manteniendo la confidencialidad de la información.
 - Ejecutar y cumplir el presente protocolo durante el proceso asistencial.
 - Informar cambios en protocolo a sus jefaturas directas.
- vii. Administrativo de la Unidad de Gestión y Atención de Usuarios encargado de Archivo Ficha Clínica**
 - Mantención y conservación de Fichas Clínicas en bodega de archivos clínicos.
 - Velar por el manejo y trazabilidad de Fichas Clínicas asegurando la correcta entrega, recepción, conservación de las mismas.
 - Cumplir con la confidencialidad en el manejo de fichas.



5. DEFINICIONES

Acceso restringido: Se restringe el acceso a la Ficha Clínica sólo para profesionales de salud directamente involucrados en la atención.

Acceso: Acción a través de la cual el personal relacionado con la atención de un usuario y que está debidamente autorizado por el prestador, accede a los diferentes registros clínicos del usuario, independiente del formato que ésta tenga, ya sea para su consulta como para el registro de la atención entregada.

AMB: Ambulatorio. Es un módulo de AVIS.

APS: Atención Primaria de Salud.

Autenticidad: Condición de la Ficha Clínica que da cuenta de registros legítimos que no sean susceptibles de ser editados, borrados o eliminados.

AVIS: Software diseñado para el soporte de Ficha Clínica y gestión de salud. Plataforma inteligente y segura de registro, atención y mantención de historiales clínicos electrónicos. Tiene acceso a través de la red pública.

CER: Cero Fila para la atención del usuario. Es un módulo de AVIS.

Código único o vinculante de la Ficha Clínica: Código que se utiliza para la identificación del documento de Ficha Clínica, así como la vinculación con otros soportes. En nuestro establecimiento se asignó el número de la cédula de identidad o RUN del usuario.

Confidencialidad: Procedimiento de resguardo que permite asegurar la reserva e intimidad del usuario respecto de la información contenida en los diferentes registros que constituyen la Ficha Clínica.

Consentimiento: Autorización que entrega el usuario expresamente para el uso de su información, salvo en otros casos establecidos por ley.

Conservación: Procedimiento de resguardo de la integridad y confidencialidad de los diferentes registros que constituyen la Ficha Clínica.

CPT: Casos Presuntivos de Tuberculosis.

CRV: Consentimiento de Resultado VIH.

CTA: Centro de Tratamiento Ambulatorio.

CHCM: Programa Chile Crece Más.

Dato sensible: “Debe comprenderse como aquellos que se refieren a características físicas o morales de las personas, entre otros, los estados de salud”.
Toda información que surja tanto de la Ficha Clínica como de los estudios, procedimientos y tratamientos, según letra g) del artículo 2 de la ley 19.628.



Derecho del usuario: Los derechos de los usuarios en salud, regulados en Chile por la Ley N°20.584, garantizan una atención digna, segura y de calidad. Destacan el trato respetuoso, privacidad de datos, información oportuna sobre el estado de salud y costos, aceptación/rechazo de tratamientos, compañía, y la posibilidad de reclamar ante irregularidades.

DNI: Número Documento Nacional de Identidad del país de procedencia de la persona extranjera.

ECICEP: Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona.

Episodio clínico: Situación o evento de salud por el cual el usuario solicita o recibe prestación de salud en un tiempo determinado.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

ERA: Enfermedades Respiratorias del Adulto.

Ficha Clínica (FC): “Ficha Clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, custodiada por uno o más prestadores de salud, en la medida que realizaron las atenciones registradas, que tiene como finalidad integrar la información necesaria en el proceso asistencial de cada persona, y permitir una atención continua, coordinada y centrada en las personas y sus necesidades clínicas “. Como complemento, la OMS identifica a la FC como “los documentos que contienen información uniforme acerca de personas individuales, recogida de forma sistemática e integral, que sirven a objetivos previamente establecidos científicos, clínicos o de política sanitaria”.

Ficha Clínica de hospitalización: Registros clínicos, en formato papel en nuestro caso, que se crea a todo usuario que sufre un episodio clínico de hospitalización que incluye todos los documentos e informaciones relacionados con atención en unidad de medicina.

Ficha Clínica Electrónica: Formato electrónico de Ficha Clínica que incluye la historia clínica del usuario correspondiente a las atenciones ambulatorias y consultas en urgencias.

Ficha Clínica Única: instrumento en que se registra la historia médica de una persona. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que asegure la conservación y adecuada confidencialidad de la información en ella contenida.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

GES: Garantías Explícitas en Salud.

HCV: Hospital Claudio Vicuña.

HCVB: Hospital Carlos Van Buren.

HEP: Hospital Eduardo Pereira.



	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 22-06-2026 Página 8 de 65 Vigencia: 22-06-2031
---	---	---

- HSJC:** Hospital San José de Casablanca.
- Hoja DAU:** Hoja de Dato de Atención de Urgencia.
- IAAS:** Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- IC:** Interconsultas.
- INR:** Índice Internacional Normalizado registro en Toma de Muestras.
- Integralidad:** Conjunto de la información cronológica constitutiva de la ficha clínica de una persona independiente del soporte.
- IRA:** Infección Respiratoria Aguda.
- IVADEC:** Instrumento de Valoración de Desempeño en Comunidad usado por Terapeuta Ocupacional en sala de Rehabilitación.
- L.E.:** Lista de Espera. Nombre del módulo de AVIS “AMB: Administrativo encargado L.E.”
- MADIS:** Modalidad de Atención Directa e Intervención en Salud del Programa Chile Crece Más.
- MEAP:** Acrónimo de **M**otivo de **C**onsulta **A**namnesis **E**xploración **D**iagnóstico y **A**ctuación en Ficha Electrónica.
- N°:** Número.
- NHC:** Número único de identificación correlativo que asigna la plataforma AVIS de forma automática.
- NIP:** Número de identificación provisorio asignado por FONASA.
- NN:** Ningún Nombre.
- OA:** Órdenes de Atención.
- OIRS:** Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- PAB:** Programa Ambulatorio Básico.
- PAI:** Programa Ambulatorio Intensivo.
- PAP:** Papanicolau.
- PDS:** Programa Dependencia Severa.



Perfiles de acceso a ficha electrónica: Todo profesional y técnico que otorga atención clínica directa al usuario cuenta con un perfil y clave de acceso personal e intransferible para ingresar a los antecedentes en el soporte electrónico del usuario que asegura la autenticidad de la información registrada del usuario.

PI: Número de Pasaporte.

PROCET: Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis.

PTI: Plan de Tratamiento Integral, documento de trabajo en CTA.

Puesta al día: Corresponde a la administración de vacunas o productos biológicos a una persona que, por cualquier motivo, no ha recibido o ha retrasado su esquema según calendario de vacunación vigente.

Registros Clínicos: Conjunto de datos clínicos organizados y relacionados entre sí en función de un propósito asistencial determinado.

REM: Registro Estadístico Mensual.

RN: Recién Nacido.

RSH: Registro Social de Hogares.

RUN: Rol único nacional, número de identificación único e irrepetible que posee todo chileno, resida o no en Chile, de manera temporal o definitiva.

RX: Radiografía.

SENDA: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

SIC: Solicitud de Interconsultas.

SOME: Servicio de Orientación Médico Estadística, actualmente Unidad de Gestión y Atención de Usuarios.

Soporte Ficha Clínica: Tipo o formato de registro utilizado para la Ficha Clínica, pudiendo corresponder a digital o papel. Cada usuario tiene una sola ficha clínica, la cual posee el registro de todos los episodios clínicos que ha tenido a lo largo de su vida en este establecimiento, en los distintos formatos y soportes. El carácter unitario de la ficha lo otorga su manejo, toda vez que es accedida en forma conjunta a través de un código vinculante único para cada usuario, que permite poner a disposición, en forma simultánea, los distintos registros, independientemente de su formato o soporte.

SSVSA: Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

TACO: Tratamiento Anticoagulante Oral.

TENS: Técnico de Enfermería Nivel Superior.

TM: Tecnólogo Médico.



TNSL: Técnico Nivel Superior de Laboratorio.

TONS: Técnico en Odontología Nivel Superior.

TOP: (Treatment Outcomes Profile) Perfil de Resultados del Tratamiento. Alertas del sistema SENDA.

Vinculación: Procedimiento a través del cual es posible identificar y relacionar los diferentes registros clínicos existentes en el prestador y que permite el acceso a la integralidad de la Ficha Clínica de un usuario, por parte de los profesionales que participan en la atención de salud del mismo.

6. ASPECTOS RELEVANTES DE LA FICHA CLÍNICA

6.1. Características de la Ficha Clínica única

La Ficha Clínica Única e Individual constituye el instrumento oficial de registro cronológico de las acciones realizadas por el equipo de salud, reflejando de manera íntegra el proceso asistencial del usuario. Bajo este concepto, toda prestación efectuada debe quedar consignada en dicho instrumento de forma clara, ordenada, veraz, oportuna, completa, confiable y cronológica, con el fin de garantizar un documento legible, accesible y comprensible.

Este instrumento es la fuente principal de información para evaluar la atención brindada al usuario. Cada integrante del personal del HSJC que participe en su cuidado podrá acceder al consolidado de prestaciones y tratamientos otorgados, siempre que ello se encuentre dentro de su ámbito de acción y competencias, favoreciendo la eficacia y continuidad de la atención.

Asimismo, todos los antecedentes clínicos relevantes del usuario deberán incorporarse en la ficha clínica, independiente del soporte utilizado, incluyendo las acciones desarrolladas por profesionales médicos y no médicos que mantengan atención directa con él.

El propósito esencial de la ficha clínica es integrar la información necesaria para garantizar una atención de salud adecuada y segura, reuniendo antecedentes relativos al estado de salud de la persona y constituyéndose en una herramienta fundamental para documentar las atenciones otorgadas. Finalmente, toda persona posee el derecho a que la información de sus atenciones quede registrada en su ficha clínica, en cumplimiento de la normativa vigente sobre derechos y deberes de los pacientes.



6.2. Soporte de la Ficha Clínica y Código Único de Identificación

La Ficha Clínica única del Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca, se compone de dos soportes complementarios, uno de papel y otro electrónico, es decir, un sistema mixto:

- i. El soporte de papel utilizado exclusivamente para los registros de eventos de hospitalización de un usuario.
- ii. El soporte electrónico, desde el año 2013, a través de la ficha clínica electrónica “AVIS” para consultas ambulatorias y atenciones de urgencia.

El número o código de ficha corresponderá al RUN del usuario, en adelante considerado como **código único vinculante de identificación**.

Excepcionalmente existen 4 tipos de situaciones para la creación y asignación del número de Ficha sin que el paciente posea dato vinculante definitivo:

- i. Pacientes no identificados (NN): Usuarios no identificados, ingresan únicamente por unidad de urgencia, al presentar compromiso del estado general y/o compromiso de conciencia, sin acompañantes. En estos casos se registran en ficha electrónica como Ningún Nombre (NN) generando un número único de identificación correlativo que asigna la plataforma AVIS (NHC). Desde la unidad de urgencia, presione la casilla NUEVO. Al realizar la inscripción desde este sitio, tenemos el check de la casilla “sin datos”, al marcarlo, escribimos una descripción del paciente y los únicos datos que obliga son el sexo y el género. Haciendo esta acción el paciente queda listo para su ingreso como cualquier otro con su NHC respectivo.
- ii. En el caso de RN que aún no cuentan con su RUN: se utilizará el número de historia clínica (NHC) hasta regularizar su situación.
- iii. En caso de usuarios extranjeros, migrantes documentados o indocumentados, sin N° de Pasaporte y/o DNI: se utilizará el número de identificación provisorio (NIP) FONASA. En caso de que los usuarios no cuenten con ninguno de los anteriores, se apertura ficha provisoria, con número de historia clínica de AVIS NHC.
- iv. Pacientes no inscritos en el Registro Civil u otra situación: Casos especiales como gitanos, población flotante, personas en situación de calle sin documentos, adopciones y negación por parte de los padres de inscribir en Registro Civil a su hijo, se apertura ficha clínica con su respectivo NHC.



6.3. Regularización de código único vinculante

Existen dos situaciones en las que se debe realizar regularización de código único vinculante:

- i. (NN) Coordinadora de urgencia, solicitará a HCVB o carabineros identificación de usuarios atendidos y registrados en ficha electrónica como NN para proceder a actualizar los datos. Para realizar esta tarea se busca el paciente según la descripción que se le dio al ingreso, escribimos el RUN de la persona y seleccionamos el visto verde, a la derecha de la ventana de diálogo, esto hará que la atención se asocie al paciente y se actualicen sus datos personales.
En caso de que no se logre la obtención de datos identificatorios del paciente, por parte de la Unidad de Urgencia, se deberá informar a través de correo electrónico, los antecedentes del usuario y el NHC generado, a jefatura de SOME en un plazo de 72 horas hábiles para regularización a un código único vinculante RUN.
- ii. PI, DNI, NIP o NHC, administrativo de Admisión Central u OIRS realizará unificación de datos para vincular atenciones de Ficha Clínica electrónica a código único vinculante RUN. Esta acción se realiza a través de solicitud de usuario, adulto responsable o derivación de administrativo del SOME al percatarse que usuario al solicitar horas posee RUN y está vinculado a opción provisoria.

En la ficha clínica formato de papel, al momento de pesquisar regularización con RUN, se debe crear una nueva carátula con datos personales incluyendo RUN y ordenarla acorde al número ascendente de RUN en unidad de archivo clínico.



6.4. Soportes externos

Existen soportes externos que permiten complementar la información clínica de los usuarios, integrando antecedentes relevantes a la Ficha Clínica Única e Individual. Estos soportes incluyen diversos softwares y plataformas institucionales, entre los cuales se destacan:

Tabla 1: Soportes Externos asociados a atenciones clínicas del Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca.



NOMBRE DEL SOPORTE	ACCESO	ESTAMENTO/UNIDAD CON ACCESO
CITOWEB	Para ingresar a esta plataforma se hace a través del siguiente link https://controlcacx.med.uchile.cl/A/controlcacx/CITOWEB_R.php con usuario y contraseña personal e intransferible. Luego se debe buscar los resultados del paciente por código vinculante del usuario. De esta plataforma se obtiene solo el resultado de PAP que son procesados en el laboratorio del HCVB.	i. Matrones APS.
DIALINET	La plataforma electrónica registra de manera integral todos los ámbitos relacionados con la terapia de hemodiálisis. Aunque la información se incorpora en el sistema Dialinet, esta se carga adicionalmente en documentos en formato PDF, los cuales se integran a la ficha clínica electrónica AVIS de cada usuario. De este modo, se garantiza el acceso oportuno y seguro para todos los profesionales y técnicos de la Institución.	i. Enfermeros (*). ii. Médicos (*). iii. TENS (*). (*) Con desempeño en Unidad de Diálisis. Todos los profesionales y técnicos del establecimiento tienen acceso al resumen de las sesiones de ingreso a terapia y a la hoja de cada sesión de diálisis, disponibles en la ficha clínica electrónica AVIS, sección <i>Documentos</i>.
ISATEC	El acceso al software se realiza a través del sitio web: https://clientes.isatec.cl/login.aspx. El sistema de telemedicina permite la visualización de electrocardiogramas y se encuentra instalado en un único computador, ubicado en la estación de enfermería de la Unidad de Urgencia. Este equipo es el único autorizado y habilitado para operar el programa.	i. Enfermero (**). ii. Matronas (**). iii. TENS (**). (**) Que tomen electrocardiograma en Unidad de Urgencia. Los profesionales pueden ingresar al sistema con usuario y contraseña personal e intransferible, enviar la solicitud y posteriormente descargar el archivo PDF con el informe emitido por el cardiólogo. Actualmente existen 26 usuarios activos.



		El resultado es cargado en la ficha clínica electrónica por el TENS de urgencia en turno, dentro de un plazo máximo de 24 horas. De esta manera, todo el personal clínico con acceso a la ficha clínica puede visualizar oportunamente el informe de telemedicina.
MODULAB	La plataforma permite a los profesionales clínicos acceder a los resultados de exámenes de usuarios realizados en el Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca y procesados en el Laboratorio del Hospital Eduardo Pereira. Para ingresar a la plataforma digital MODULAB, se debe acceder al siguiente enlace: http://10.5.200.134:8888/modulab/intralab/ni/login.jsp, utilizando usuario y contraseña personal e intransferible. Una vez dentro, los resultados del paciente se buscan mediante el código vinculante RUN, garantizando trazabilidad y acceso seguro a la información clínica.	i. Médicos. ii. Enfermeros (*). iii. Nutricionistas (**). iv. Matrones (*). v. Odontólogos. vi. Kinesiólogo sala IRA y ERA. vii. TENS (***) (*) Excepto Unidad de Urgencia. (**) Excepto Central de Esterilización. (***) Asociados a sectores de atención primaria y en desempeño en SOME.
Plataforma de descarga exámenes HCV (Chagas)	El ingreso a la plataforma se realiza a través del siguiente enlace: http://10.5.173.43:8081/, utilizando usuario y contraseña personal e intransferible. Una vez dentro, los resultados del paciente se buscan mediante el código vinculante RUN. Desde esta plataforma se obtiene exclusivamente el resultado de los exámenes de Chagas, los cuales son procesados en el Laboratorio del Hospital Claudio Vicuña.	i. Matrones con desempeño en APS. ii. TM Jefe de Laboratorio. Cuando se obtiene un resultado positivo, este se envía por correo electrónico a la enfermera de Epidemiología, quien posteriormente lo imprime y lo entrega al médico tratante para la comunicación del resultado al usuario.



SYNERGY (dcm4chee)	Synergy es el sistema informático encargado del almacenamiento de imágenes de radiografías osteopulmonares tomadas en la Unidad de Imagenología del Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca. El acceso se realiza mediante usuario y contraseña personal, única e intransferible. Para consultar la información de un usuario, se debe ingresar su RUN en el sistema.	i. Médicos. ii. Kinesiólogos, excepto Programa MASAMA. iii. Terapeuta Ocupacional de Sala de Rehabilitación. iv. Tecnólogo Médico con mención en Imagenología. v. Técnico de Nivel Superior con mención en imagenología. El médico que revisa imagen de RX debe registrar en ficha electrónica el diagnóstico evidenciado y/o evaluación de la imagen.
VISTASOFT	El software digital de radiografías odontológicas permite almacenar las imágenes dentales, las cuales se cargan en el apartado Documentos de la ficha clínica electrónica AVIS. Este procedimiento favorece el acceso oportuno y seguro a la información por parte de todos los profesionales que requieran visualizar los antecedentes clínicos del usuario.	Los odontólogos autorizados para la toma de radiografías (RX) son responsables de cargar todos los resultados en la ficha clínica electrónica AVIS. De esta manera, el resto de los profesionales con acceso a la ficha clínica pueden visualizar directamente las imágenes registradas, asegurando disponibilidad y continuidad en la atención del usuario.





FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL

Código: **REG 1.1**
Edición: 9
Fecha: 22-06-2026
Página **17** de **65**
Vigencia: 22-06-2031

XERO VIEWER	El acceso a la plataforma se realiza a través del enlace Xero.hep.cl, utilizando usuario y contraseña personal e intransferible. Los resultados pueden buscarse mediante el nombre del usuario y la fecha del examen. La plataforma permite visualizar estudios de imagenología realizados en el Hospital Eduardo Pereira (HEP) a usuarios derivados desde la Unidad de Medicina de nuestro establecimiento, incluyendo radiografías, tomografías, resonancias magnéticas y otros exámenes.	i. Enfermero(a) Coordinador(a) de Medicina y Subrogante. ii. Médico Jefe Unidades de Urgencia y Medicina. iii. Subdirección de Gestión Asistencial. iv. TM Imagenología.
TAONet	El sistema informático de Roche Diagnostics está destinado a la gestión integral y control de pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TACO), como el uso de acenocumarol. La plataforma permite al médico del Hospital Claudio Vicuña (HCVB) calcular la dosis según el valor de INR y coordinar la atención del paciente. El acceso se realiza a través de la red MINSAL, mediante el siguiente enlace: 10.6.96176:8080/tao/servlet/syntaocontroller, utilizando usuario y contraseña personal e intransferible.	i. Enfermero(a) y subrogantes del Programa TACO.

NOTA: Acceso a través de conexión red MINSAL: Modulab, Chagas, TAONet.
Acceso público: Dialinet, VistaSof, Synergy, Isatec, Xero Viewer, Citoweb, Sur-VIH.



6.5. Procedimiento de Vinculación y acceso a la integralidad de los datos

Todos los documentos que conforman la Ficha Clínica, tanto en formato electrónico como en papel, se encuentran vinculados al RUN del usuario, lo que asegura la integridad y trazabilidad de la información clínica.

- i. **Ficha clínica electrónica (AVIS):** El acceso por parte de los funcionarios del HSJC se realiza mediante clave de usuario asociada al RUN y contraseña individual, personal e intransferible, asignada según el perfil correspondiente a cada técnico o profesional de la salud. Este mecanismo garantiza la confidencialidad y seguridad de los datos.
- ii. **Ficha clínica en papel:** El acceso se gestiona a través de una solicitud enviada por correo institucional al jefe de la Unidad de Gestión y Atención de Usuarios (jefatura de SOME), indicando el nombre completo y RUN del usuario. Esta unidad coordina la entrega del documento al profesional solicitante, siguiendo los lineamientos establecidos en el punto 7.4 de este protocolo.
- iii. **Registros individualizados de unidades de apoyo (Tabla 4):** Para acceder a esta información, se debe enviar una solicitud por correo institucional a la jefatura de la unidad o programa respectivo.

Finalmente, cada profesional es responsable del contenido de los registros clínicos que elabora, independiente del formato utilizado. Dichos registros deben quedar debidamente firmados con el nombre del profesional que realizó la atención y contener toda la información relevante, asegurando la trazabilidad y responsabilidad del acto clínico.

6.6. Autenticidad y confidencialidad

- i. **Autenticidad:** La Ficha Clínica electrónica no permite modificar ni eliminar información registrada en el sistema, salvo la actualización de datos demográficos, previsión y número de teléfono. Los registros en soporte físico tampoco deben ser modificados ni borrados por el personal del establecimiento, con el fin de asegurar su autenticidad.
- ii. **Confidencialidad:** Todo funcionario que preste servicios, de manera permanente o transitoria, en el Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca, está obligado a garantizar la confidencialidad de los datos sensibles y de la información relacionada con las prestaciones de salud otorgadas, conforme a las normas éticas y legales sobre secreto profesional.
La confidencialidad y accesibilidad de los datos en el Registro Clínico Electrónico se resguardan mediante medidas de seguridad y barreras de protección frente a accesos no autorizados. Cada profesional cuenta con una clave individual e intransferible y con la responsabilidad administrativa definida en el Estatuto Administrativo.



- iii. **Acceso durante hospitalización:** Durante la atención del usuario hospitalizado, la información contenida en la Ficha Clínica se encuentra disponible en la estación de enfermería de la Unidad de Medicina, siendo accesible únicamente para el personal de salud vinculado a la atención. Dicho personal debe velar por:
- El correcto registro de antecedentes.
 - La autenticidad de los registros.
 - La confidencialidad de la información, restringiendo el acceso a personal no autorizado.
 - Otros profesionales podrán acceder a la Ficha Clínica durante la hospitalización con fines de medición y/o supervisión, según las necesidades de las unidades de Calidad y Seguridad del Usuario e IAAS.
- iv. **Registros sensibles:** Algunos registros requieren requisitos adicionales de entrega, como el examen para detectar el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), cuyos resultados deben ser entregados de manera personal y reservada, exclusivamente por personal debidamente capacitado. Estos requisitos adicionales se aplican también a otros datos sensibles de características similares, conforme a sus normativas particulares.
- v. **Excepciones de acceso:** Según el artículo 23 de la Ley N.º 20.584, podrá existir reserva de información o restricción de acceso al titular de la ficha clínica, cuando el profesional tratante estime que su conocimiento podría generar efectos negativos en el estado mental del usuario. En estos casos, el profesional debe informar al representante legal o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre el usuario, dejando constancia en la ficha clínica con nombre y firma.



7. ASPECTOS RELEVANTES EN LA CREACIÓN DE LA FICHA CLÍNICA

7.1. Apertura de Ficha Clínica

I. Ficha Clínica Electrónica

a) **Atenciones ambulatorias:** Toda persona que solicite atención ambulatoria por primera vez en el **HSJC** debe cumplir con el proceso de inscripción en **SOME Admisión Central**.

Previo a la creación de la ficha clínica, el personal administrativo debe:

- i. Revisar en AVIS si existe inscripción previa del usuario o si está inscrito en otro establecimiento.
- ii. Revisar la base de datos de FONASA.
- iii. Verificar en AVIS si el usuario presenta algún registro con datos no vinculados a RUN (casos especiales). Si se detecta inscripción previa con vínculo especial, se debe unificar la ficha clínica electrónica al código único vinculante RUN, evitando duplicidad de fichas (ver punto 6.3 *Regularización de Código Único Vinculante*).

b) **Atenciones de urgencia:** En casos de usuarios no inscritos en el establecimiento, el administrativo de recaudación ingresará al usuario de forma provisoria (FONASA, particular, ISAPRE u otro), dado que por razones de salud pública deben ser atendidos en este centro.

c) **Atenciones en diálisis:** En el caso de población flotante de diálisis, el oficial administrativo de la unidad inscribirá al usuario en forma provisoria. Para ello solicitará la siguiente documentación:

- i. **Usuarios con nacionalidad chilena o extranjeros con RUN definitivo:**
 - Cédula de identidad.
 - Boleta de servicio básico o certificado de residencia emitido por junta de vecinos (para comprobar domicilio).
 - Menores de 18 años: certificado de nacimiento si no cuentan con cédula de identidad.
 - Mayores de 18 años con incapacidad: poder simple presentado por el titular.
 - En caso de traslado o cese de atención en otro centro de salud: certificado de traslado emitido por el consultorio previo o entregado por el usuario.
- ii. **Extranjeros y población transitoria:**
 - Solicitar RUN provisorio en Admisión Central.
 - Pasaporte y fotocopia de pasaporte o cédula de identidad del país de residencia.
 - Menores de 18 años: fotocopia de cédula de identidad del país de origen, pasaporte o acta de nacimiento.
 - Boleta de servicio básico o certificado de residencia emitido por junta de vecinos.
 - Completar y firmar formulario de carencia de recursos de FONASA (si corresponde).
 - Certificado de traslado o cese de atención del centro de salud inscrito previamente (si corresponde).



	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 22-06-2026 Página 21 de 65 Vigencia: 22-06-2031
---	---	--

Una vez recibida la documentación y finalizado el proceso de inscripción en AVIS, el usuario y/o grupo familiar queda inscrito y puede ser agendado para una prestación en el establecimiento.

En caso de personas migrantes en situación irregular y menores de edad, se agendará una consulta social para indagar en sus redes de apoyo y requerimientos particulares.

II. Ficha Clínica en Papel

Toda persona que se hospitalice en la Unidad de Medicina del HSJC debe contar con ficha clínica en papel. Si el usuario no registra episodios previos de hospitalización, el personal de la Unidad de Gestión y Atención de Usuarios confeccionará la carátula correspondiente.

La carátula de cada ficha clínica debe contener:

- i. RUN (en extranjeros sin RUN se consigna número de pasaporte).
- ii. Fecha de admisión.
- iii. Nombre. En caso de nombre social, se debe consignar el nombre legal y entre paréntesis el nombre social.
- iv. Apellido paterno.
- v. Apellido materno.
- vi. Fecha de nacimiento (si se desconoce, se deja en blanco hasta regularizar).
- vii. Previsión (si se desconoce, se deja en blanco hasta regularizar).
- viii. Dirección (si se desconoce, se deja en blanco hasta regularizar). i) Número de teléfono del usuario y/o representante (si se desconoce, se deja en blanco hasta regularizar).



7.2. Recepción de Fichas Clínicas

I. Recepción de Ficha Clínica en Formato Papel

Las fichas clínicas en soporte físico, enviadas por otros centros de salud o entregadas directamente por el usuario, son recepcionadas por la encargada de SOME:

- i. Estas fichas se digitalizan y se adjuntan a la ficha clínica electrónica en un plazo máximo de 72 horas.
- ii. La jefatura de SOME es responsable de la carga digital.
- iii. Una vez digitalizado, el expediente físico se envía al archivo clínico para su custodia.
- iv. La encargada de SOME mantiene el respaldo de la recepción de las fichas provenientes de otros centros o del propio usuario.

En caso de que el establecimiento de origen no cuente con el mismo sistema informático, la recepción de la ficha clínica se realizará en formato físico, la cual será posteriormente digitalizada y adjuntada a la ficha clínica electrónica.

II. Traslado de Usuarios mediante Ficha Clínica Electrónica

La recepción de la ficha clínica electrónica se realiza de manera inmediata a través del sistema informático, en el momento del traslado del usuario, siempre que el establecimiento de origen y destino cuenten con el sistema AVIS.

- i. El proceso se efectúa mediante la opción “solicitud de traslado”, la cual puede ser gestionada por el usuario en su centro de referencia o en Admisión Central del HSJC.
- ii. La solicitud debe ser aceptada por el centro de origen para liberar al usuario y permitir su incorporación en el establecimiento de destino.

7.3. Proceso establecido para detectar y regularizar duplicidad de Ficha Clínica

El HSJC ha establecido un proceso de detección y regularización a cargo de la jefatura de SOME, quien de forma bimensual descarga el listado de pacientes inscritos en los últimos dos meses y aplica un filtro para identificar usuarios que figuren con mismo nombre, apellido paterno y apellido materno, pero con diferentes códigos vinculantes.

- i. Una vez detectadas las fichas clínicas duplicadas, se procede a su combinación, lo que permite unificar toda la información contenida en ellas y asegurar la integridad del registro.
- ii. En caso de que un funcionario clínico o administrativo detecte duplicación de ficha clínica en formato papel o electrónico (por ejemplo, debido a una vinculación provisoria), deberá informar de inmediato a la jefatura de SOME, para que se realice el proceso de regularización descrito anteriormente.



7.4. Acceso a Fichas Clínicas de papel

Las atenciones que cuentan con Ficha Clínica en soporte papel corresponden exclusivamente a la Unidad de Medicina.

I. Solicitud de ficha clínica en papel:

Cuando un profesional o técnico requiera acceder a una ficha clínica en papel, deberá solicitarla a la jefatura de SOME, indicando el código vinculante asociado al RUN del usuario. En casos especiales, se podrá utilizar:

- i. Número de pasaporte (PI).
- ii. Número de identificación según país de origen (DNI).
- iii. Número de identificación FONASA (NIP).
- iv. Número provisorio otorgado por el establecimiento (NHC) .

II. Responsabilidad de custodia:

La Unidad de Gestión y Atención de Usuarios es responsable de resguardar, proteger y conservar las fichas clínicas en este soporte, además de coordinar su entrega y recepción (*Figura 1*).

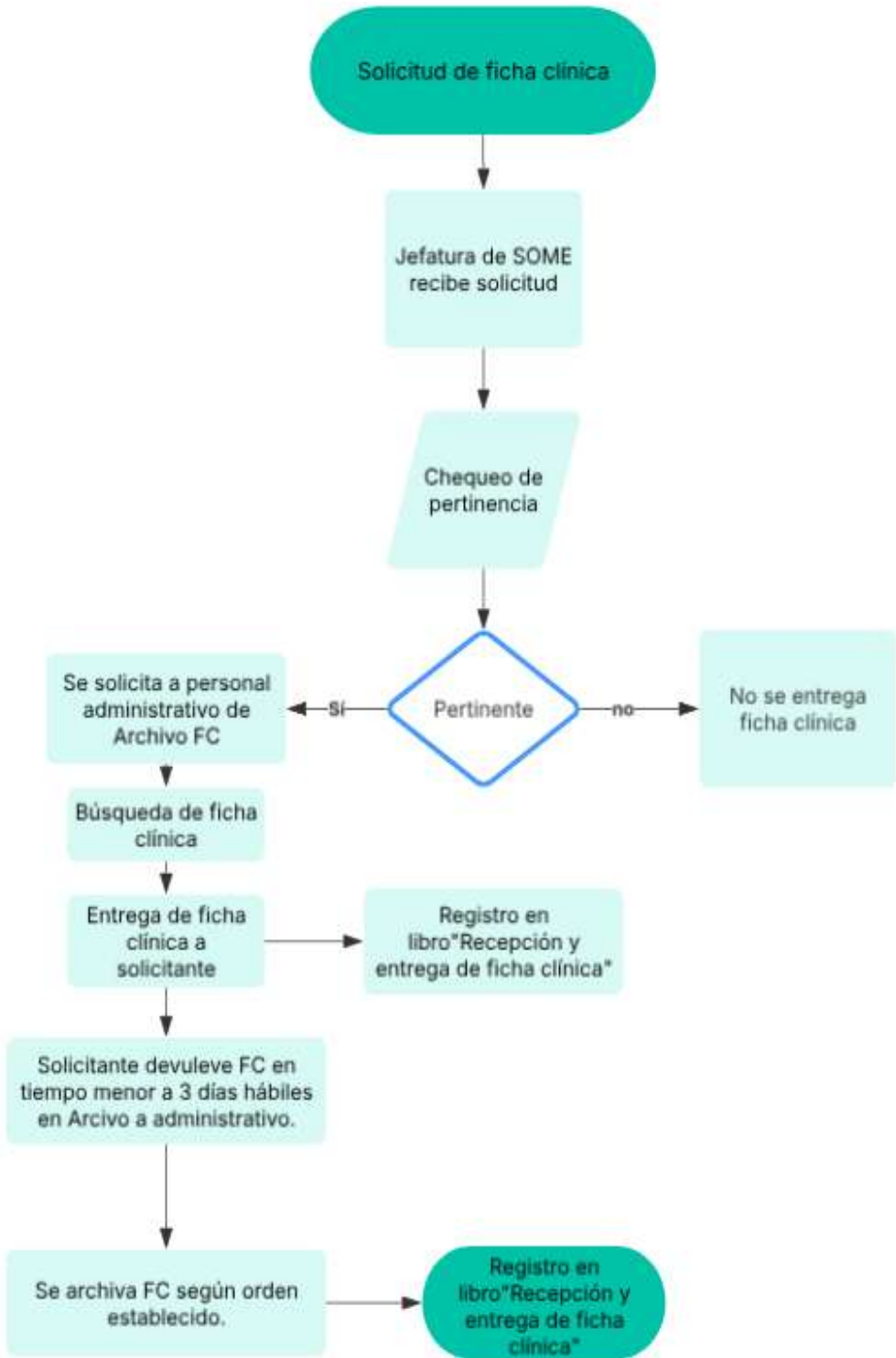
III. Registro de solicitudes:

El funcionario de archivo mantiene un registro de las solicitudes recibidas por correo electrónico en el libro “Recepción y Entrega de Fichas Clínicas y Epicrisis”, el cual debe contener los siguientes datos:

- i. RUN del usuario.
- ii. Fecha de la solicitud.
- iii. Unidad solicitante.
- iv. Nombre del usuario.
- v. Funcionario solicitante.
- vi. Fecha de entrega.
- vii. Fecha de devolución.



Figura 1. Flujograma para solicitar Ficha Clínica en soporte de Papel.



7.5. Perfiles de Acceso a Ficha Clínica Electrónica (AVIS)

Cada persona que realiza acciones de salud a un usuario cuenta con un perfil de acceso y una clave única e intransferible, que permiten:

- I. Acceder a la Ficha Clínica Electrónica.
- II. Registrar atenciones, gestiones o cualquier acción clínica realizada al usuario.

Las claves otorgadas para ingresar a AVIS tienen una vigencia de 45 días. Para solicitar un perfil, cada jefatura debe enviar un correo electrónico a la Jefatura de Control de Gestión y Estadística, indicando:

- i. Nombre completo y dos apellidos.
- ii. RUN.
- iii. Fecha de nacimiento.
- iv. Correo electrónico.
- v. Fecha de ingreso.
- vi. Fecha de término de la relación laboral.
- vii. Estamento.
- viii. Unidad de desempeño.

El plazo para la creación de acceso a la ficha clínica electrónica es de 24 horas. Cada jefatura debe dar aviso inmediato de nuevas contrataciones para la creación del perfil.

Al finalizar el vínculo laboral de un funcionario (reemplazo, honorario, contrata o planta), la Jefatura de Control de Gestión y Estadística debe inactivar el perfil. Por esta razón, al solicitar acceso se requiere consignar la fecha de término de la relación laboral; sin embargo, las jefaturas deben confirmar oportunamente la desvinculación para asegurar la inactivación del perfil.

Cada integrante del equipo de salud puede acceder a la ficha clínica electrónica a través del sistema AVIS, utilizando su usuario y clave individual e intransferible, de acuerdo con el perfil asignado. Un mismo usuario puede contar con más de un perfil, según sus responsabilidades o funciones (**Tabla 2**).

El acceso a la ficha clínica electrónica se organiza en módulos con perfiles diferenciados, que permiten visualizar distintos contenidos según las funciones y atribuciones de cada profesional.



Tabla 2: Perfiles asociados a Módulos de AVIS

N°	MÓDULO	ESTAMENTOS CON ACCESO	TIPO DE PERFIL	VISUALIZACIÓN
1	AMB Administrativo Encargado L.E.	Administrativo SIGGES. Subdirección de Gestión Asistencial.	Revisión de derivaciones emitidas hacia otros destinos y recibidas hacia el centro.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
2	AMB Agenda Toma de Muestra	Administrativos SOME Auxiliar de Rehabilitación.	Agendamiento de exámenes/toma de muestras generadas por los clínicos.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
3	AMB Auxiliar de Farmacia	Técnicos de enfermería con desempeño en Unidad de Farmacia.	Dispensación de medicamentos, revisión de cartolas, ingreso de stock, etc.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
4	AMB Consulta Administrativa	Enfermero(a) de Diálisis. Técnico Nivel superior en enfermería de Diálisis.	Consulta de ficha clínica, en modo visualizar. No permite realizar registro en MEAP, pero sí permite subir documentación en ficha clínica.	Puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
5	AMB Contactabilidad	Equipo administrativo GES. Terapeuta ocupacional CTA	Registro de contactos por cita, derivaciones o rescates.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
6	AMB Derivaciones Internas	Administrativo GES. Subdirectora de Gestión Asistencial. Kinesiólogo Rehabilitación. Auxiliar Rehabilitación.	Registro de derivaciones internas para atención por otro estamento dentro o fuera del centro. No corresponde a derivaciones de Lista de Espera.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.



	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 22-06-2026 Página 27 de 65 Vigencia: 22-06-2031
---	---	--

7	AMB Directores	Director.	Perfil que posee acceso a todos los perfiles descritos. El perfil director tiene acceso a todos los módulos del sistema y su información, más allá que todos los perfiles, ya que este perfil por sí solo es más amplio.	Puede acceder al historial clínico del usuario: historia cronológica y datos sensibles.
8	AMB Encargado Agendas	Administrativos de SOME encargados de mantención de agendas.	Permite la gestión integral de citas, incluyendo la creación de modelos estructurados o libres, asignación de profesionales, toma de horas por especialidad/prestación, y gestión de confirmaciones. Estas herramientas incluyen el bloqueo de agenda, configuración de calendarios.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
9	AMB Encargado de Inscripción	Administrativo de SOME que se desempeña en Admisión Central. Administrativo OIRS.	Permite la inscripción de pacientes nuevos, ya sean externos o activos, con opción de actualizar la información (completar datos posteriormente cuando la información del paciente se regulariza).	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
10	AMB Encargado Farmacia	Encargado de insumos clínicos.	Gestión de Bodega: Control de stock, ingresos de medicamentos, manejo de lotes y fechas de vencimiento. Reportería y Gestión: Generación de informes de consumo, stock crítico y reportes requeridos para la red de salud.	No se utiliza módulo, por uso de plataforma Actual no asociado a ficha.
11	AMB Enfermera/o	Enfermeras/os.	Acciones clínicas para el estamento de Enfermería.	Puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
12	AMB Exámenes	Tecnólogo médico de laboratorio.	Ingreso de Resultados: Facilita la carga de los resultados obtenidos en el laboratorio. Integración: Conectado con sistemas de gestión de registros clínicos (MEAP: Motivo, Anamnesis, Exploración, Actuación, Diagnóstico).	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
13	AMB Fallecimiento Paciente	Administrativo GES.	Registro de fallecimiento de paciente en agenda y egreso de derivaciones de LE por causal 9.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.



	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 22-06-2026 Página 28 de 65 Vigencia: 22-06-2031
---	---	--

14	AMB Jefe de SOME	Jefatura Unidad de Gestión de Atención de Usuarios y Subrogantes. Encargada de AVIS.	Los módulos de AVIS Ambulatorio para un Jefe de SOME en Atención Primaria de Salud (APS) permiten: ▪ Gestionar la agenda clínica. ▪ Administrar pacientes. ▪ Registrar atenciones en formato electrónico (MEAP). ▪ Crear y bloquear agendas. ▪ Gestionar fichas clínicas. ▪ Generar reportes estadísticos. El perfil utilizado por la Encargada de SOME para la gestión de agendas de todo el Centro de Salud incluye además la posibilidad de: ▪ Obtener reportes de atenciones realizadas. ▪ Acceder a informes sobre las características de la población inscrita. ▪ Supervisar la organización y disponibilidad de las agendas clínicas.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles
15	AMB Kinesiólogo/a	Kinesiólogo/a.	Acciones clínicas para el estamento Kinesiológico.	Puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
16	AMB Matrón/a	Matrón/a.	Acciones clínicas para el estamento Matrones/as.	Puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
17	AMB Matrón/a Contralor	Matrón/a con designación de contralor y subrogantes.	Acciones clínicas para el estamento Matrones/as y funciones de contraloría de derivaciones de lista de espera.	Puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
18	AMB Médico Contralor	Médico/a con designación de contralor y subrogantes.	Acciones clínicas para el estamento médico y funciones de contraloría de derivaciones de lista de espera.	Puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
19	AMB Médicos	Médico/a.	Acciones clínicas para el estamento médico.	Puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.



	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 22-06-2026 Página 29 de 65 Vigencia: 22-06-2031
---	---	--

20	AMB Nutricionista	Nutricionista	Acciones clínicas para el estamento de nutricionistas.	Puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
21	AMB Odontólogo	Odontólogo/a.	Acciones clínicas para el estamento de odontólogos.	Puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
22	AMB Odontólogo Contralor	Odontólogo/a con funciones de contralor y subrogantes.	Acciones clínicas para el estamento odontólogo y funciones de contraloría de derivaciones de lista de espera.	Puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
23	AMB Preparación de Pacientes	Técnicos de enfermería nivel superior.	Permite visualizar la agenda diaria de los profesionales y realizar registro de parámetros clínicos en la preparación de pacientes.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
24	AMB Químico Farmacéutico APS	Químico farmacéutico de botiquín.	Perfil creado para los químicos farmacéuticos. Puede ingresar al módulo de farmacia donde tiene acceso a la información de dispensación; al módulo de bodega donde puede hacer ingreso y salida de productos, al módulo de gestión donde se pueden obtener los REM y registros de movimientos de productos en particular o de grupos, además de información de usuarios en cuanto a fechas de retiro de productos asociado al usuario en particular. También permite acceso a ficha clínica y a generar registros en ella.	Puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
25	AMB Resolutividad SIC/OA	Cirujana Dentista Contralor. Médico contralor. Matrón contralor.	Revisión y gestión (agendamiento y egresos) de derivaciones de lista de espera de resolutividad.	Puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
26	AMB Revisión Agendas	Jefes de programa y Subrogantes. Jefes de Sector y Subrogantes. TENS de Estrategia ECICEP por sector. Coordinación de APS y Subrogantes. Subdirección de Gestión Asistencial. Jefatura de Gestión y Atención de Usuarios.	Permite la visualización de las agendas de los establecimientos, con citas ocupadas, bloqueadas, estado de las citas, extracción de reportes.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.



	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 22-06-2026 Página 30 de 65 Vigencia: 22-06-2031
---	---	--

27	AMB SOME	Administrativos de SOME Auxiliar de Rehabilitación Enfermera con desempeño en SOME. Técnico de enfermería con desempeño en SOME.	Acciones de SOME, toma de horas, revisión de agendas, etc.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
28	AMB Toma de Hora	Administrativos SOME. Coordinadora de APS y Subrogantes. Enfermera y TENS con desempeño en SOME. Jefe de Gestión de Atención Usuaria y Subrogantes.	Acciones de toma de hora en agenda de los centros, por módulo de agendas.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
29	AMB Toma de Muestras	Tecnólogo médico Jefe de Laboratorio.	Diseñado para gestionar el flujo de exámenes de laboratorio de pacientes, integrando el registro y la visualización de resultados dentro de la historia clínica.	Puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
30	AMB Clínico	Educadora de Párvulos. Psicólogo/a. TM laboratorio. Técnicos Nivel Superior de Enfermería. Técnicos en Odontología. Técnicos de Laboratorio. Trabajador Social.	Registro de atenciones y revisión de ficha clínica.	Puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
31	CER Turnero Agenda	Administrativos SOME. Enfermeros y TENS con desempeño en SOME.	El turnero permite al personal administrativo gestionar los turnos obtenidos por pacientes en un tótem.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.



	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 22-06-2026 Página 31 de 65 Vigencia: 22-06-2031
---	---	--

32	CER Turnero Farmacia	Técnicos Nivel Superior de Enfermería asociados a botiquín.	El turnero permite al personal gestionar los turnos obtenidos por pacientes en un tótem.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
33	Gestión de agendas	Jefe de Unidad de Gestión Usuaria y Subrogantes. Jefes de programas y Subrogantes.	Reportería relacionada al módulo agenda.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
34	Gestión de historia clínica	Jefatura de Unidad de Gestión Usuaria y Subrogantes. Jefes de programa y Subrogantes. Coordinación de APS y Subrogantes. Tecnólogo médico.	Reportería relacionada al módulo historia clínica.	Puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
35	Gestión Derivaciones	Subdirectora de Gestión Asistencial y subrogante. Administrativo de GES. Contralores	Reportería relacionada a lista de espera.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.
36	URG Enfermera/o	Enfermeros que realizan atención en Unidad de Urgencia.	Acciones clínicas relacionadas al estamento de enfermería con desempeño en urgencias.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles de APS.



	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 22-06-2026 Página 32 de 65 Vigencia: 22-06-2031
---	---	--

37	URG Gestión	Enfermera Coordinadora de Unidad de Urgencia. Médica Jefa de Urgencia y Subrogante. Enfermera Epidemiología. Jefatura de Estadística. Jefa de Tesorería. Subdirectora de Gestión Asistencial. Administrativa de GES.	Reportería relacionada al módulo de urgencias.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles de APS.
38	URG Kinesiólogo	Kinesiólogos que realicen atención en Unidad de Urgencia.	Acciones clínicas relacionadas al estamento de kinesiología con desempeño en urgencias.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles de atenciones de APS.
39	URG Matrón/a	Matrones que realicen atención en Unidad de Urgencia.	Acciones clínicas relacionadas al estamento de matrón con desempeño en urgencias.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles de APS.
40	URG Médicos	Médicos que realicen atención en Unidad de Urgencia.	Acciones clínicas relacionadas al estamento médico con desempeño en urgencias.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles de APS.
41	URG Monitoreo Sala	Subdirección de Gestión Asistencial. Enfermera coordinadora de urgencias.	Permite visualizar sala de urgencias y ocupación de mapa de piso y sala de espera.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles de atenciones de APS.
42	URG Paramédicos	Técnicos de Nivel Superior en Enfermería con desempeño en Unidad de Urgencia.	Acciones clínicas relacionadas al estamento TENS con desempeño en urgencias.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles de atenciones de APS.



	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 22-06-2026 Página 33 de 65 Vigencia: 22-06-2031
---	---	--

43	URG Recepción/ Admisión	Administrativo GES. Recaudador de Urgencia. Enfermera coordinadora Urgencia. Médica jefa de Urgencia y Subrogante. Enfermera Epidemiología. Jefatura de Estadística. Subdirectora de Gestión Asistencial.	Recepción de pacientes para atención en el servicio de urgencias.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles de APS.
----	--	---	---	--



8. PRINCIPIOS LEGALES Y ÉTICOS EN EL USO DE LA FICHA CLÍNICA

8.1. Uso y Regulación de la Ficha Clínica

Los datos contenidos en la Ficha Clínica, ya sea en soporte electrónico o físico, se utilizan con fines de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente.

Además, la ficha clínica cumple una función de bien público, al constituir un instrumento esencial para:

- i. La fiscalización y resguardo de los servicios de salud pública.
- ii. El rol científico e investigativo.
- iii. Los procesos de certificación, acreditación y auditorías.

Sin perjuicio de lo anterior, deben observarse las obligaciones establecidas en el artículo 13, inciso final, de la Ley N.º 20.584, que implican:

- i. Adoptar las medidas necesarias para asegurar la reserva de la identidad del titular y de los datos médicos, genéticos u otros de carácter sensible.
- ii. Utilizar la información exclusivamente para los fines requeridos.

8.2. Principios Normativos Aplicables

I. Carta de Derechos de los Usuarios (Ley N.º 20.584).
Reconoce el derecho de todo usuario a acceder a la información de su ficha clínica y a que esta mantenga su carácter confidencial, en el marco de la mejora continua de la calidad de la atención.

II. Protección de la vida privada (Ley N.º 19.628).
Establece que toda información contenida en la ficha clínica es confidencial y su acceso, uso o divulgación está restringido al equipo de salud autorizado y al propio usuario. Se deben respetar los principios de:

- i. Consentimiento informado.
- ii. Acceso restringido.
- iii. Finalidad específica.
- iv. Derecho del usuario.

El establecimiento de salud es responsable de garantizar la seguridad, integridad y confidencialidad de los datos registrados.

III. Secreto estadístico (Ley N.º 17.374 – INE).
Los funcionarios fiscales no pueden divulgar hechos o datos relativos a personas o entidades conocidos en el ejercicio de sus funciones. La infracción a este principio está sancionada en los arts. 246 y 247 del Código Penal.



IV. Principio de Finalidad y Deber de Confidencialidad Médica.

De acuerdo con las leyes N.º 19.628 y N.º 20.584, el tratamiento de los datos contenidos en la ficha clínica debe regirse por el principio de finalidad, lo que implica que la información solo puede ser utilizada para:

- i. Atención en salud.
- ii. Gestión clínica.
- iii. Fines epidemiológicos, estadísticos o judiciales, cuando corresponda por ley.

Todo profesional de la salud está sujeto al deber de confidencialidad médica, que obliga a resguardar la privacidad de la información del usuario. Este deber se mantiene incluso después de finalizada la relación asistencial, y su incumplimiento puede derivar en sanciones éticas, administrativas y legales.

8.3. Acceso y Entrega de Información de la Ficha Clínica

De acuerdo con el Reglamento vigente y la Ley N.º 20.584 / Decreto 41, la información contenida en la Ficha Clínica, total o parcialmente, podrá ser entregada o ser accesible, previa solicitud expresa, a las siguientes personas e instituciones, en los casos y condiciones que se señalan:

- i. Al titular de la ficha clínica, a su representante legal o, en caso de fallecimiento, a sus herederos.
- ii. A un tercero autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario o firmado electrónicamente conforme a la Ley N.º 19.799 sobre documentos y firma electrónica.
- iii. A los tribunales de justicia, cuando la información se relacione con causas en curso.
- iv. A los fiscales del Ministerio Público y a los abogados, previa autorización judicial, cuando la información se vincule directamente con investigaciones o defensas.
- v. Al Instituto de Salud Pública y al Ministerio de Salud, en el ejercicio de sus facultades.
- vi. A la Superintendencia de Salud, para el cumplimiento de sus facultades fiscalizadoras y sancionatorias. g) Al prestador individual y a los profesionales de salud que participen directamente en la atención del paciente, para garantizar la continuidad del cuidado.
- vii. A la Superintendencia de Seguridad Social, a los contralores médicos de las COMPIN y a los profesionales habilitados para emitir licencias médicas, conforme a la Ley N.º 20.585.

Todas las instituciones y personas autorizadas deberán resguardar la identidad del titular y utilizar la información exclusivamente para los fines requeridos.



	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 22-06-2026 Página 36 de 65 Vigencia: 22-06-2031
---	----------------------------------	--

I. Derechos de Acceso y Procedimientos:

- i. Los titulares y terceros autorizados podrán solicitar, conforme a la Ley N° 19.628, la entrega gratuita y sin dilaciones indebidas de una copia íntegra de la ficha clínica, en formato estructurado, legible y portable.
- ii. El titular debe tener 18 años o más; en el caso de menores de edad, la solicitud corresponde a su representante legal.
- iii. Los herederos deberán acreditar su condición mediante certificados (defunción, matrimonio, nacimiento, filiación o posesión efectiva).

II. Pasos para Requerir la Ficha Clínica:

- i. Solicitud formal a través de OIRS (presencial o virtual en oirs.minsal.cl).
- ii. Completar formulario “Registro de Requerimiento – Solicitud copia FC”.
- iii. La solicitud se eleva a jefatura de SOME para rescate de la información.
- iv. Jefatura de SOME gestiona el rescate de ficha clínica electrónica y/o papel.
- v. La información reunida se entrega a OIRS, quien la entrega al solicitante.

III. Modalidades de Entrega:

- i. **Solicitud ciudadana:** El usuario puede requerir copia de su ficha clínica (electrónica o papel) o la de su grupo familiar, presencialmente en OIRS o vía web. El plazo máximo de respuesta es de 20 días hábiles.
- ii. **Traslado entre establecimientos de salud (SSVSA):** Las solicitudes se reciben por correo electrónico o escrito dirigido a jefatura de SOME. Si ambos centros cuentan con AVIS, el acceso es directo sin necesidad de coordinación.
- iii. **Entrega a profesionales del establecimiento:** Según Protocolo **REG 1.4**, las fichas clínicas deben contener información identificadora completa y actualizada. El personal de Admisión y Archivo debe velar por su cumplimiento.

IV. Las fichas clínicas podrán salir del archivo únicamente para:

- i. Atención en consultorio.
- ii. Hospitalización.
- iii. Investigación clínica.
- iv. Auditoría.
- v. Tramitación de beneficios económicos.
- vi. Presentación ante tribunales.
- vii. Otros casos autorizados por escrito por la Dirección del establecimiento.



V. Restricciones y Consideraciones Especiales:

- i. No serán válidas las solicitudes de fichas clínicas de usuarios sin atención en un periodo superior a 15 años desde el último registro.
- ii. El personal administrativo no podrá entregar antecedentes sin autorización expresa de su jefatura, salvo requerimiento del director o profesionales autorizados.
- iii. Todo usuario podrá solicitar gratuitamente copia de sus exámenes de laboratorio y un informe con diagnóstico y tratamiento. Los exámenes de sangre se respaldan en sistema electrónico y pueden ser solicitados nuevamente en caso de extravío.
- iv. La Dirección del Establecimiento podrá disponer auditorías de fichas clínicas según normas vigentes.

8.4. Cierre de Fichas Clínicas Electrónicas Posterior a la Atención Usuaría

El cierre de fichas clínicas es responsabilidad exclusiva del profesional o técnico que realiza la atención del usuario, dentro de los siguientes plazos:

- i. **Atención presencial:** El mismo día de la atención, la ficha debe quedar registrada en estado visitado, no presentado o no atendido.
- ii. **Atención domiciliaria:** El cierre debe efectuarse en un plazo máximo de 24 horas posteriores a la atención.
- iii. **Casos especiales:** En situaciones que impidan el ingreso a la ficha clínica (fallas de internet, corte de energía eléctrica, caída del sistema AVIS), se debe proceder según lo indicado en la **Figura N°2**, completando el **Anexo N°1**, resguardando siempre la confidencialidad de la información en atenciones de APS. En el caso de atenciones de urgencia, se seguirá lo indicado en la **Figura N°3**, utilizando el formulario DAU físico – **Anexo N° 2**.



8.5. Pasos a seguir en situación de contingencia – Atenciones APS

- I. Descarga diaria de agenda: El TENS de cada SOME o el administrativo del sector deberá descargar diariamente la agenda de todos los profesionales, almacenándola en una carpeta denominada “Agenda” por profesional en el computador. Este documento debe ser eliminado al finalizar la jornada.
- II. Uso de registro físico: El funcionario clínico debe retirar la nómina de usuarios agendados en su respectivo SOME y continuar la atención utilizando el registro físico “MEAP papel”, disponible en la carpeta “MEAP contingencia” en cada box y en formato digital en cada SOME y computador destinado a atención clínica.
- III. Persistencia de la contingencia: Si la normalidad no se restablece en el momento, se debe escanear y cargar el documento en la ficha clínica, registrando en MEAP como “MEAP por contingencia”.
- IV. Restablecimiento de la normalidad: Si el sistema se restablece, se debe realizar el registro retroactivo con la denominación “Registro retroactivo fecha dd/mm/aaaa”. Posteriormente, el registro físico debe ser eliminado mediante trituración en pica papeles, o bien, eliminar el documento digital creado, asegurando la protección y confidencialidad de la información.

8.6. Procedimiento en Situación de Contingencia – Unidad de Urgencia

Ante una contingencia que afecte el registro electrónico de atenciones en la Unidad de Urgencia, se deberán seguir los siguientes pasos:

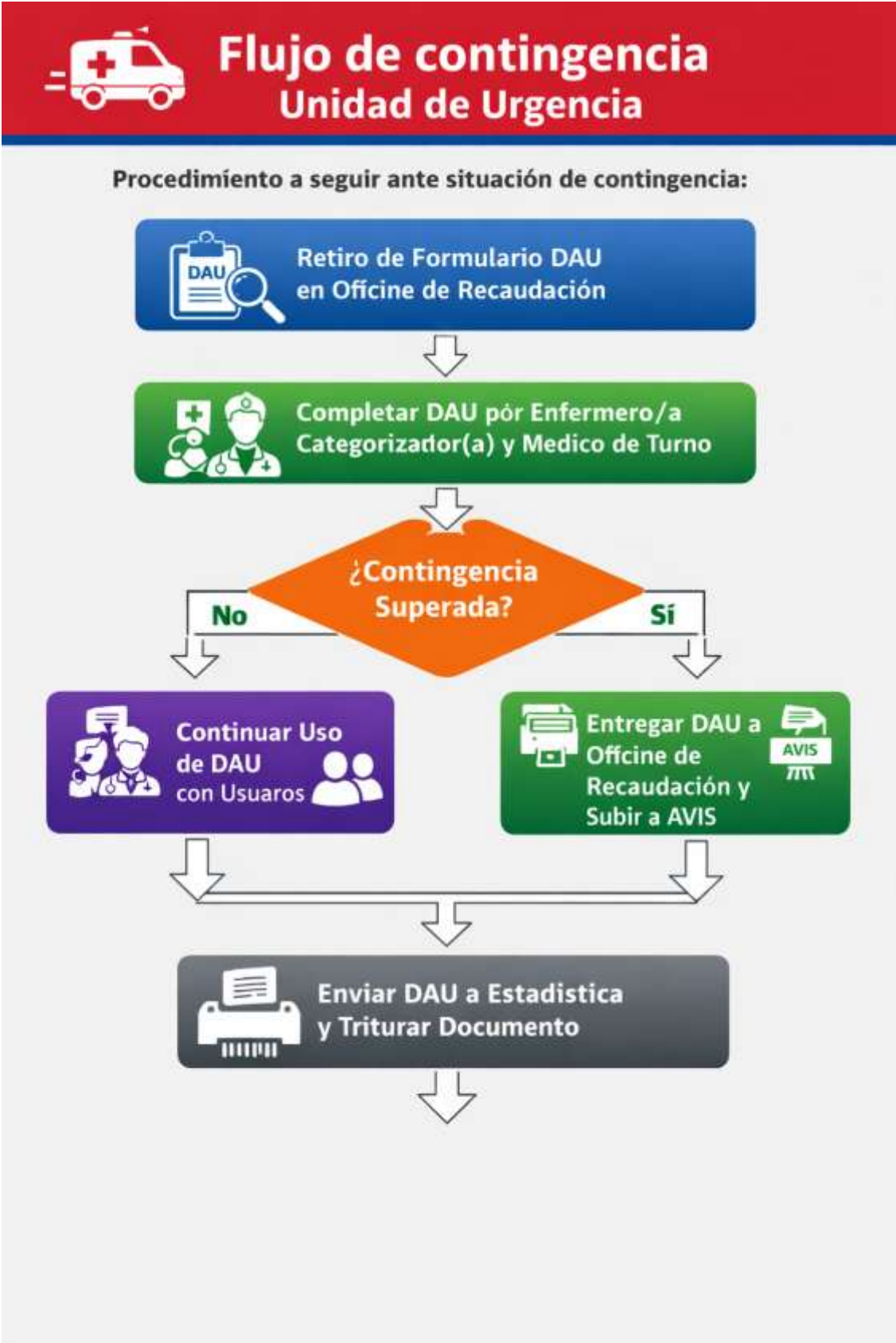
- I. Retirar el formulario DAU en la oficina de recaudación por cada atención realizada (**Anexo N° 2**).
- II. Completar el DAU por parte del enfermero/a categorizador(a) y el médico de turno.
- III. Si la contingencia persiste, repetir los pasos I y II para cada usuario atendido.
- IV. Una vez superada la contingencia, entregar los formularios DAU a la oficina de recaudación, donde serán escaneados y cargados en AVIS, en la sección de documentos.
- V. Posteriormente, los DAU serán remitidos a la oficina de estadística y eliminados mediante trituración, garantizando la confidencialidad de la información.



Figura 2: Casos especiales para cierre de fichas clínicas electrónicas en APS



Figura 3: Casos especiales para cierre de fichas clínicas electrónicas en Urgencia



	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 22-06-2026 Página 41 de 65 Vigencia: 22-06-2031
---	---	--

8.7. Almacenamiento y Conservación de Fichas Clínicas

I. Almacenamiento de Ficha Clínica en Formato Papel

Las fichas clínicas en soporte físico se resguardan en un lugar seguro y bajo llave, con acceso restringido exclusivamente al personal autorizado, a fin de evitar su pérdida, alteración o uso indebido por personas no autorizadas.

El resguardo está a cargo de la Jefatura de Gestión y Atención de Usuarios (SOME) y del administrativo responsable del archivo clínico, quienes son los únicos que poseen las llaves de la sala.

Las fichas se almacenan en el pasillo de Administración del Consultorio, dentro del recinto denominado “Fichas”, donde se dispone de estanterías FullSpace que optimizan el espacio. La documentación se organiza por RUN ascendente en cada pasillo. El funcionario de archivo clínico es responsable de mantener las carátulas en buen estado y asegurar el almacenamiento adecuado de la información contenida en ellas, preservando su integridad física y legibilidad.

II. Almacenamiento de Ficha Clínica Electrónica

La información registrada en la ficha clínica electrónica se almacena en el software online AVIS, accesible mediante el enlace: <https://mssvsa.avislatam.com/modulos/login/index.cfm> (módulos Ambulatorio y Urgencia).

Las medidas de contingencia y seguridad para el resguardo del Registro Clínico Electrónico están definidas en las políticas y normas de seguridad del contrato entre el proveedor del sistema informático y el SSVSA, basadas principalmente en el respaldo de la información mediante servidores seguros y la conservación de copias de seguridad en data centers certificados.

III. Conservación de Fichas Clínicas

De acuerdo con el artículo 11 del Decreto Supremo N°41 – Reglamento sobre Fichas Clínicas, las fichas clínicas en formato papel deben conservarse en condiciones que garanticen su acceso adecuado durante un plazo mínimo de 15 años, contados desde el último ingreso de información registrado.



8.8. Eliminación y Trazabilidad de Fichas Clínicas

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento sobre Fichas Clínicas, aprobado por el Decreto Supremo N°41/2012 del Ministerio de Salud, “Las fichas clínicas deben ser conservadas en condiciones que garanticen el adecuado acceso a las mismas, durante un plazo mínimo de quince años contados desde el último ingreso de información que experimenten.”

Cumplido dicho plazo, se establece la creación del Acta de Eliminación desde la Unidad de Gestión y Atención de Usuarios (SOME), conforme al **Anexo N°3** y siguiendo el procedimiento descrito en la **Figura N°4**. Es fundamental garantizar la trazabilidad del proceso de destrucción, asegurando el cumplimiento estricto del marco legal vigente.

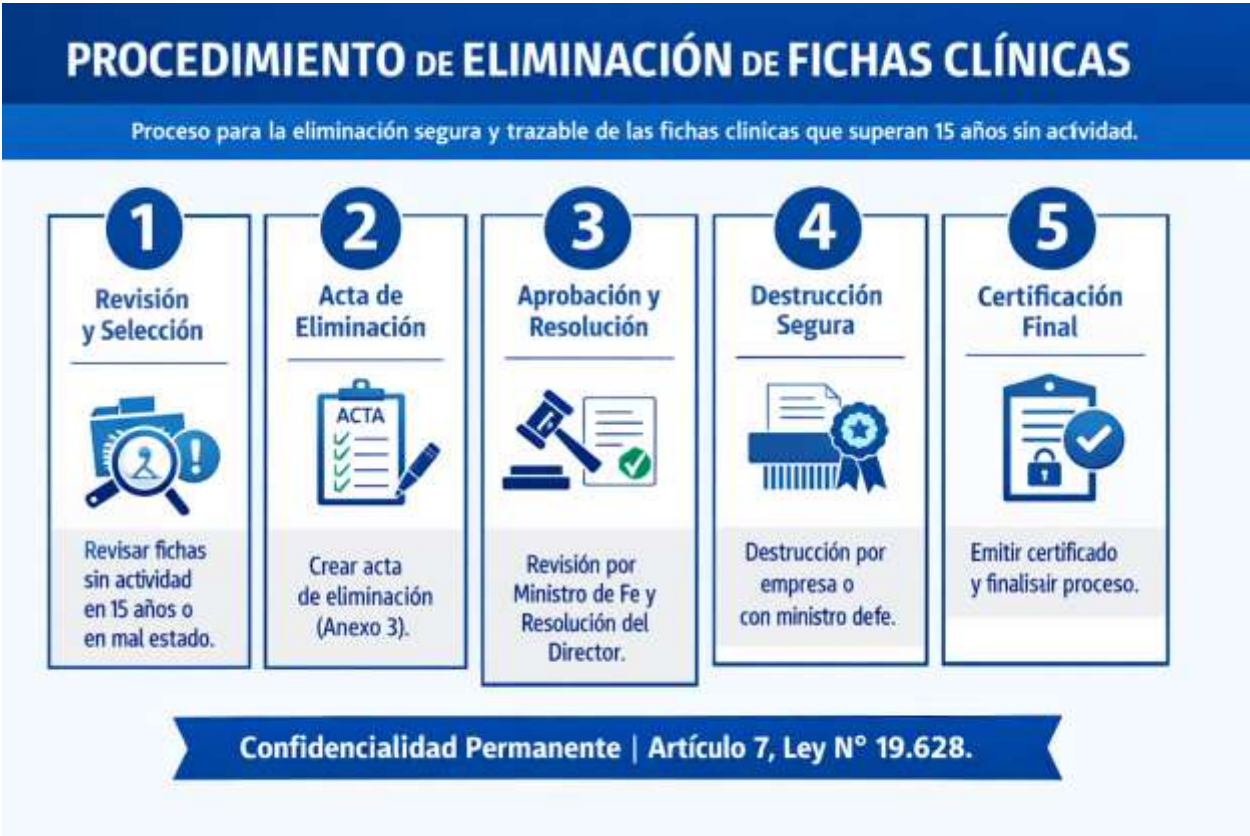
i. Procedimiento de Eliminación de Fichas Clínicas

- i. Revisión y selección:** Se revisarán y seleccionarán las fichas clínicas que cumplan con los siguientes criterios:
 - No registren consultas ni procedimientos en los últimos 15 años.
 - Presenten deterioro físico que impida su utilización.
 - No contengan anotaciones o registros en el HSJC durante el período señalado.
 - Este proceso se realizará anualmente.
- ii. Creación del acta de eliminación:** Se elaborará el Acta de Fichas Clínicas a Eliminar (**Anexo N° 3**), detallando los antecedentes y justificación del proceso.
- iii. Revisión del acta:** El Ministro de Fe revisará y validará el acta correspondiente.
- iv. Resolución administrativa:** Se emitirá una resolución fundada desde la Oficina de Partes, firmada por el Director del establecimiento, autorizando la eliminación definitiva.
- v. Destrucción total:** La eliminación se efectuará mediante picadora de papel o por empresa certificada, garantizando la protección de la información.
 - Si el proceso es realizado por una empresa externa, esta deberá emitir un certificado de destrucción que acredite la correcta ejecución.
 - Si se utiliza picadora de papel, deberá estar presente un Ministro de Fe que certifique la eliminación adecuada.

Una vez completado el proceso, la responsabilidad del prestador respecto de la conservación y reserva de la ficha clínica cesará, sin perjuicio de la obligación permanente de mantener la confidencialidad de su contenido, conforme al artículo 7 de la Ley N.º 19.628.



8.9. Figura 4: Eliminación de Fichas Clínicas



9. ARCHIVOS SATÉLITES VINCULANTES A FICHA CLÍNICA

Podrán mantenerse registros individuales en determinadas unidades de apoyo y/o programas, siempre que estén vinculados a la Ficha Clínica mediante el código único de identificación asociado al RUN de cada usuario.

La información correspondiente se presenta en las **Tablas N°3 y N°4**, que permiten su análisis y visualización de manera estructurada.

Los archivos vinculados a la ficha clínica se encuentran disponibles en:

- I. Soporte digital (**Tabla N°3**).
- II. Soporte físico o papel (**Tabla N°4**).

Su gestión y conservación se realizan conforme a las normativas y procedimientos internos del hospital, garantizando la integridad, trazabilidad y confidencialidad de la información registrada.



8.10. **Tabla 3: Archivos satélites vinculados a ficha clínica SOPORTE DIGITAL**

NOMBRE DEL DOCUMENTO	RESPONSABLE DE CREACIÓN	RESPONSABLE DIGITALIZACIÓN Y CARGA A FICHA ELECTRÓNICA	PLAZO DIGITALIZACIÓN
CTA i. Derivaciones ii. Órdenes de tribunales iii. Cartolas RSH	Profesional que realiza atención.	Coordinadora CTA.	72 horas hábiles desde su creación.
CTA carpeta de cada usuario con: i. Plan de tratamiento integral (PTI) ii. Evaluación Plan de tratamiento Integral iii. Consentimiento informado SENDA iv. Compromiso Personal de Apoyo v. Alertas Sistema SENDA (Ficha integración social/ TOP/Evaluación del Proceso Terapéutico) vi. Registro proceso de intervención (Registro AVIS) vii. Diagnóstico/Evaluación integral	Profesional que realiza atención.	Profesional que realiza atención.	7 días hábiles.



Contrarreferencias Nivel secundario: i. Documento de contrarreferencia	Llegan en físico a oficina GES y se entregan a Médico Contralor para registro.	Médico Contralor.	El plazo máximo para la digitalización de los documentos será de 60 días hábiles, contados desde su recepción y revisión por el médico contralor. Una vez registrado el documento en el sistema, el original en papel será eliminado mediante picadora de papel, asegurando la confidencialidad y correcta destrucción de la información. Durante el período de custodia temporal, los documentos deberán mantenerse bajo llave en el mueble destinado para tal fin en la oficina GES, garantizando su seguridad y acceso restringido hasta su eliminación definitiva.
Ecotomografía Abdominal: i. Examen de ecotomografía	El examen es realizado en extrasistema y el resultado se recepciona en oficina GES (Administrativa Monitora), quien entrega al médico contralor. Médico contralor solicita agendamiento a través de jefatura de SOME para dar los resultados en una Consulta de Morbilidad.	Médico de Consulta de Morbilidad. El resultado del informe se debe registrar en ficha clínica.	El plazo máximo de digitalización de los resultados será de 7 días hábiles, contados desde la recepción del documento. - El resultado en papel será distribuido por la Administrativa Monitora a los TENS de cada sector, quienes lo almacenarán en una carpeta y en un mueble bajo llave, garantizando su custodia segura. - El usuario citado deberá presentarse, previo a su consulta, en el mesón de su sector para solicitar su resultado en físico y entregarlo al médico tratante durante la atención. - Se dispondrá de un libro de registro por sector, en el cual se documentará la entrega de resultados a los usuarios. - En caso de que el usuario no se presente a su citación en tres oportunidades consecutivas, el resultado será enviado al archivo clínico para su conservación.



Endoscopia Digestiva Alta: i. Examen de endoscopia	El examen es realizado en extrasistema y el resultado se recepciona en oficina GES (Administrativa Monitora), quien entrega al médico contralor. Médico contralor solicita agendamiento a través de jefatura de SOME para dar los resultados en una Consulta de Morbilidad.	Médico de Consulta de Morbilidad. El resultado del informe se debe registrar en ficha clínica.	El plazo máximo para la digitalización de los resultados será de 7 días hábiles, contados desde la recepción del documento. - El resultado en papel será distribuido por la Administrativa Monitora a los TENS de cada sector, quienes lo almacenarán en una carpeta debidamente rotulada y en un mueble bajo llave, garantizando su custodia segura. - El usuario citado deberá presentarse, previo a su consulta, en el mesón de su sector para solicitar su resultado en físico y entregarlo al médico tratante durante la atención. - Cada sector dispondrá de un libro de registro de entrega de resultados, en el cual se documentará la entrega a los usuarios. - En caso de que el usuario no se presente a su citación en tres oportunidades consecutivas, el resultado será remitido al archivo clínico para su conservación.
SALA IRA-ERA: i. Espirometría	Kinesiólogo Sala IRA - ERA.	Kinesiólogo Sala IRA - ERA.	24 horas hábiles.
PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: i. Mamografías y/o examen imagenológico mamario	Los exámenes tomados por extrasistema son recepcionados en la Oficina de Partes. Posteriormente, se entregan a la Jefa del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, quien se encarga de distribuirlos por sector.	Examen alterado: Matrn/a de APS en cita entrega resultado y se consigna en ficha la entrega. Exámenes no alterados: Matrona de APS entrega los resultados en el próximo control.	20 días hábiles desde la recepción del informe.



	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 22-06-2026 Página 47 de 65 Vigencia: 22-06-2031
---	---	--

DENTAL: i. Radiografías dentales periapicales	Odontólogo de imagenología.	Odontólogo de imagenología.	24 horas hábiles.
CIRUGÍA MENOR: i. Resultados de Biopsias	Hospital de referencia HEP envía mail.	Enfermera coordinadora de Cirugía Menor y Médico de Cirugía Menor.	72 horas hábiles desde que se recibe el resultado.
PROGRAMA CHCM: i. Consentimiento informado de Visita Domiciliaria	Profesional clínico que realiza la atención.	Profesional clínico que realiza la atención.	24 horas hábiles.
PROGRAMA CHCM: i. Documento de Rechazo a Modalidad de Sala Estimulación (MADIS)	Profesional clínico que realiza la atención.	Profesional clínico que realiza la atención.	24 horas hábiles.
PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: i. Resultado ecografías gestantes ii. Resultado ecografías ginecológicas	Profesional que realiza la atención.	Profesional que realiza la atención.	24 horas hábiles.
PROGRAMA DENTAL: i. Imágenes ortodoncia	Radiografías digitales y fotos clínicas las cuales se encuentran en box ortodoncista (Box 12, Sector 3): Se accede con clave al computador y en el escritorio, en carpeta "Pacientes ortodoncia HSJ", ordenadas por RUN.	Profesional ortodoncista.	72 horas hábiles.
PROGRAMA DENTAL: i. Consentimiento informado Programa Más Sonrisas para Chile ii. Encuesta perfil de impacto en salud oral	Profesional odontólogo del Programa Más Sonrisas para Chile.	Profesional odontólogo del Programa Más Sonrisas para Chile.	24 horas hábiles.



PROGRAMA DENTAL: i. Consentimiento informado tratamiento de ortodoncia fija	Odontólogo referente del Programa de Ortodoncia.	Odontólogo referente del Programa de Ortodoncia.	24 horas hábiles.
DIÁLISIS: i. Registro de Diálisis	Se utiliza software “Dialinet”, en el cual se descarga documento de ingreso a terapia y hoja de cada sesión de diálisis: Dichos documentos quedan registrados en ficha electrónica “AVIS” en acápite de documentos.	Todo personal clínico de Unidad de Diálisis.	48 horas hábiles.
UNIDAD DE VACUNATORIO: i. Registro de Vacunas Programáticas.	TENS y Enfermera que administra.	TENS y Enfermera que administra.	72 horas hábiles.
PROGRAMA MAIS: i. Consentimiento informado para trabajo con Familia	Profesional Programa MAIS.	Profesional Programa MAIS.	Inmediato.



8.11. Tabla 4: Archivos satélites vinculados a ficha clínica SOPORTE PAPEL

UNIDAD/ PROGRAMA	ENCARGADO	DOCUMENTO	SOPORTE	ESTAMENTOS CON ACCESO	CUSTODIA
CTA	Coordinadora CTA	Fichas PAB (Se incluye documentación de egreso como epicrisis, informe egreso y, eventualmente renuncia voluntaria).	Papel	Equipo clínico en desempeño de CTA	Las carpetas se mantienen en un mueble con llave ubicado en la CTA de la zona ex Rayos, garantizando la seguridad y acceso restringido. - Cada carpeta está clasificada mediante la codificación única del usuario (RUN). - Se ordenan de acuerdo con la fecha de creación, manteniéndose en custodia por un período de tres años. - Transcurrido dicho plazo, las carpetas son trasladadas al área de “Archivos” del HSJC, para su conservación definitiva conforme a las normativas institucionales.
		Fichas PAI (Se incluye documentación de egreso como epicrisis, informe egreso y, eventualmente renuncia voluntaria).	Papel	Equipo clínico en desempeño de CTA	Las carpetas se mantienen en un mueble con llave ubicado en la CTA de la zona ex Rayos, garantizando la seguridad y acceso restringido. - Cada carpeta está clasificada mediante la codificación única del usuario (RUN). - Se ordenan de acuerdo con la fecha de creación, asegurando un sistema de archivo lógico y trazable. - Permanecen en custodia por un período de tres años, transcurrido el cual son trasladadas al área de “Archivos” del HSJC para su conservación definitiva, conforme a las normativas institucionales.
		Carpeta de cada usuario con (PAB / PAI): i. Test complementarios. ii. Ficha demanda de atención. iii. Ficha de ingreso. iv. Constancia de visitas domiciliarias. v. Consentimiento informado de consultoría. vi. Consentimiento informado para toma de test de drogas y resultado.	Papel	Equipo clínico en desempeño de CTA	Las carpetas se mantienen en el Box del Equipo CTA, dentro de un mueble con llave, garantizando la seguridad y acceso restringido. - Cada carpeta corresponde a un usuario identificado mediante codificación SENDA, y se encuentra ordenada según el plan de tratamiento vigente (intensivo o básico). - La documentación está digitalizada y cargada en la Ficha Clínica Electrónica AVIS, con excepción de los siguientes documentos: - Test complementarios - Ficha de demanda de atención - Ficha de ingreso



ECICEP	Jefa Programa ECICEP	Cartola familiar	Papel	Personal clínico asociado a atención primaria.	Las cartolas ECICEP se mantienen en la Sala Grupal de cada sector, garantizando su seguridad y acceso restringido. - Cada carpeta está ordenada correlativamente según el RUN del usuario, lo que asegura un sistema de archivo lógico y trazable. - La organización por sector permite una gestión eficiente y controlada de la documentación, conforme a las normativas institucionales.
Hospitalización Domiciliaria	DT Hospitalización Domiciliaria	i. Derechos del Paciente y la familia que ingresan a Hospitalización Domiciliaria Hospital San José de Casablanca. ii. Formulario de Consentimiento Informado Unidad de Hospitalización Domiciliaria iii. Deberes del paciente y la familia que ingresan a Hospitalización Domiciliaria Hospital San José de Casablanca. iv. Acta de Entrega de Documentación. v. Encuesta de Satisfacción Usuaría.	Papel	Personal clínico en desempeño en Hospitalización Domiciliaria.	La documentación se encuentra en Box “Administrativo HODOM” del sector transversal, en mueble con llave. Carpeta personal de cada usuario identificada mediante Nombre y RUN. Al alta y cada fin de mes se envía al archivo clínico.
Programa Adolescente	Jefe de Programa Adolescente	Consentimiento informado Control Adolescente realizado de manera extramural.	Papel	Personal clínico con desempeño en Programa Adolescente de manera extramural.	En el Box 2 de Salud Mental del Sector 3 se almacenan las carpetas correspondientes a “Consentimientos Informados – Control Adolescente”, garantizando su seguridad y acceso restringido. - Las carpetas se encuentran organizadas en forma ascendente según RUN del usuario, lo que asegura un sistema de archivo ordenado y trazable. - La custodia se realiza conforme a las normativas institucionales, resguardando la integridad y confidencialidad de la información contenida.



Programa Chile Crece Más	Educatora Sala de Estimulación	Consentimiento informado de Ingreso a Sala de Estimulación	Papel	Personal clínico asociado al programa Chile Crece Más.	En la Sala de Estimulación Temprana la documentación se mantiene en carpetas de usuario, garantizando su seguridad y acceso restringido. Las carpetas se encuentran ordenadas en forma descendente por fecha, de manera que el registro más reciente quede siempre en primer lugar.
		i. Consentimiento informado Visita Domiciliaria Integral asociada a CHCM. ii. Documento de Rechazo a Modalidad de Sala Estimulación (MADIS).	Papel/ Digital		En el Box de la Sala de Estimulación Temprana, la documentación se mantiene en carpetas de usuario, garantizando su seguridad y trazabilidad. - Los registros se encuentran ordenados en forma descendente por fecha, de manera que el documento más reciente quede siempre en primer lugar. - Cada documento debe ser escaneado y cargado en el sistema AVIS, asegurando su disponibilidad para fines de auditoría y control institucional.
Programa Dependencia Severa	Jefe de Programa de Dependencia Severa	i. Ficha de ingreso de atención domiciliaria para pacientes en situación de dependencia severa. ii. Recepción de documentación e información. iii. Plan de tratamiento consensuado. iv. Consentimiento de Visita Domiciliaria Integral.	Papel	Personal clínico asociado a Dependencia Severa.	En la Sala Grupal de cada sector, la documentación se mantiene en muebles con llave, asegurando su seguridad y acceso restringido. - Las carpetas se encuentran ordenadas según el usuario correspondiente al programa, lo que garantiza un sistema de archivo lógico y trazable. - Una vez que el usuario obtiene el alta del programa, la documentación es derivada al Archivo Clínico, cumpliendo con los protocolos de conservación y gestión institucional.



Programa Infantil	Jefa Programa Nacional Infancia	i. Cartola Infantil	Papel	Personal clínico asociado a Atención Primaria.	En la Sala de Trabajo Grupal de cada sector, la documentación se mantiene en cajas plásticas con tapa (Kárdex), debidamente identificadas por sexo masculino, sexo femenino y pasivos (tres por sector). • Cada caja se organiza internamente por rango etario y RUN correlativo, asegurando un sistema de archivo ordenado y trazable. - 1 a 6 meses: se añade la subclasificación de controlados del mes e inasistentes. - 7 meses en adelante: se añade la subclasificación de separación mensual, controlados del mes e inasistentes. • Para realizar la búsqueda de cartolas del Programa Infantil, se debe ingresar al sistema AVIS con el RUN del usuario, obteniendo nombre, edad y sector, lo que permite extraer la documentación correspondiente desde el Kárdex del programa infantil. • Se consideran pasivos, para efectos de ficha clínica, a todos los usuarios fallecidos o trasladados.
		i. Puntaje de riesgo de morir por Neumonía (Score IRA-Grave) ii. Consentimiento informado de Visita Domiciliaria Integral	Papel		En el Box 6 de Enfermería del Sector 1, la documentación se mantiene en carpetas individuales, garantizando su seguridad y trazabilidad. • Cada carpeta incluye el Consentimiento Informado y el Puntaje de Riesgo de Mortalidad por Neumonía. • Los documentos se encuentran ordenados en forma ascendente, de manera que el registro más reciente quede ubicado en la parte superior.



Programa MAIS	Jefa de Programa MAIS	i. Cartola Familiar ii. Consentimiento informado para trabajo con Familia	Papel/ Digital	Personal clínico asociado a Atención Primaria.	En la Sala de Trabajo Grupal de cada sector, la documentación se mantiene en cajas plásticas con tapa, organizadas internamente mediante el RUN del jefe de hogar, lo que asegura un sistema de archivo ordenado y trazable. - El Consentimiento Informado debe ser digitalizado y cargado en el sistema AVIS, garantizando su disponibilidad para fines de auditoría y control institucional. - El documento físico queda resguardado en la carpeta denominada “Consentimientos Informados MAIS”, conforme a los protocolos de custodia y conservación clínica.
Programa MAS Adulto Mayor Autovalente	Jefe de Programa MAS	i. Consentimiento informado ii. Pauta de ingreso	Papel	Personal clínico asociado a APS	En el Box del Antiguo Hospital, la documentación se mantiene en carpetas individuales, garantizando su seguridad y trazabilidad. Las carpetas se encuentran organizadas según el grupo y ciclo de actividades, lo que permite una gestión ordenada, lógica y fácilmente verificable de la información.
Programa PROCET	Jefe PROCET	Cartolas PROCET. Libro de registro y seguimiento de casos presuntivos de Tuberculosis (CPT). Libro de registro y seguimiento de casos con Tuberculosis. Libro de novedades PROCET. Carpeta de exámenes de CPT. Carpeta de egresos de Tuberculosis.	Papel	Personal clínico con desempeño relacionado al programa PROCET.	En el Box 8 de la Sala de Tratamiento del Sector Transversal, la documentación se mantiene en un mueble con llave, garantizando la seguridad y acceso restringido. - Las carpetas se encuentran clasificadas mediante la codificación única de cada usuario, asegurando un sistema de archivo ordenado y trazable. - Posteriormente, la documentación es trasladada al archivador PROCET, donde permanece en custodia por un período de cinco años, conforme a los protocolos de conservación clínica e institucional. En el Box 8 de la Sala de Tratamiento del Sector Transversal, la documentación se mantiene en un mueble con llave, garantizando la seguridad y acceso restringido. - Los registros permanecen en custodia hasta la finalización de la línea de registro, asegurando la continuidad y trazabilidad del proceso clínico. - Una vez concluida la línea de registro, la documentación es trasladada al Registro Histórico, donde se conserva por un período de cinco años, conforme a los protocolos de conservación clínica e institucional.



Programa Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez	Encargada Programa Mejor Niñez	i. Coordinación Inter sector Programa Servicio de Protección Especializada. ii. Consentimiento informado de la Visita Domiciliaria Integral.	Papel	Personal clínico con desempeño relacionado a Programa de Protección Especializada	En la Sala ITO, la documentación se mantiene en la carpeta denominada “Coordinación Intersector Programa Servicio de Protección Especializada”, ubicada en el mueble de documentos del programa, garantizando su seguridad y acceso restringido.
					En la Sala ITO, la documentación se mantiene en la carpeta denominada “Consentimiento Informado – Visita a Domicilio”, ubicada en el mueble de documentos del programa, garantizando su seguridad, acceso restringido y trazabilidad.
Programa Salud Sexual y Reproductiva	Jefa de Programa de Salud Sexual y Reproductiva	iii. Mamografías y/o examen imagenológico mamario.	Papel	TENS por sector y Matrones de Atención Primaria.	Los resultados deben quedar en mueble con llave en el SOME Satélite de cada Sector. Resultados no retirados en 12 meses desde su recepción, enviar a archivo clínico.
		i. Cartola de Gestantes.	Papel	TENS por sector y Matrones de Atención Primaria.	En la Sala Grupal de cada sector, la documentación se mantiene en cajas plásticas (Kárdex), organizadas internamente según rango etario y RUN correlativo, asegurando un sistema de archivo ordenado y trazable. - Para realizar la búsqueda de cartolas del programa, se debe ingresar al sistema AVIS con el RUN del usuario, lo que permite identificar el rango etario y sector correspondiente. - Con estos datos, la documentación puede ser extraída de manera precisa desde el Kárdex por sector, garantizando la disponibilidad y control documental.



		i. Nómina Resultados PAP ii. Nómina solicitudes VIH – Gestantes iii. Nómina solicitudes VIH – Morbilidad	Papel	Matrones con desempeño en Atención Primaria.	En el Box 4 del Sector 1, la documentación se mantiene en carpetas individuales, garantizando su seguridad y trazabilidad. Los registros se encuentran ordenados en forma ascendente, de manera que el documento más reciente quede ubicado en la parte superior.
		i. Consentimiento de toma de examen TR- VIH ii. Consentimiento de Procedimiento	Papel	Matrones con desempeño en Atención Primaria.	APS – Box 4, Sector 1 - Los Consentimientos Informados – CRV se mantienen en la carpeta “Consentimientos CRV”, disponibles una vez firmados por el usuario en consejería pretest. - Ordenados por fecha de creación, categorizados por estamento (Médico, Gestante, Matrones), organizados por mes y en forma ascendente. - Los Consentimientos Informados – CRV Post Entrega de Resultados se almacenan en la carpeta homónima, disponibles una vez entregado el resultado al usuario. - Ordenados por fecha de creación, categorizados por estamento (Médico, Gestante, Matrones), organizados por mes y en forma ascendente. Unidad de Urgencia – Box de Matrona - Carpeta “Consentimientos CRV”: documentos firmados en consejería pretest, ordenados por fecha de creación, categorizados por estamento (Médico, Matrones) y en forma ascendente. - Carpeta “Consentimientos CRV Post Entrega de Resultados”: disponibles tras la entrega de resultados, ordenados por fecha de creación, categorizados por estamento (Médico, Matrones) y en forma ascendente.



					Unidad de Diálisis – Box de Enfermera Coordinadora - Carpeta “Consentimientos CRV”: documentos firmados en consejería pretest, ordenados por fecha de creación, categorizados por estamento (Médico, Enfermera) y en forma ascendente. - Carpeta “Consentimientos CRV Post Entrega de Resultados”: disponibles tras la entrega de resultados, ordenados por fecha de creación, categorizados por estamento (Médico, Enfermera, Matrona) y en forma ascendente. Unidad de Medicina – Estación de Enfermería - Carpeta “Consentimientos CRV”: documentos firmados en consejería pretest, ordenados por fecha de creación, categorizados por estamento y en forma ascendente. - Carpeta “Consentimientos CRV Post Entrega de Resultados”: disponibles tras la entrega de resultados, ordenados por fecha de creación, categorizados por estamento y en forma ascendente.
		i. Libro Trazabilidad PAP	Papel	TENS por sector de APS. Matrones de APS.	En la Sala Grupal del Sector 3, se lleva a cabo el registro de la toma de PAP en el Libro de Trazabilidad de PAP, asegurando la continuidad, control y verificación institucional del procedimiento.
Programa Odontológico	Jefe Programa Odontológico	i. Consentimiento informado Programa Enseñanza Media	Papel	Odontólogos y TONS con desempeño en Atención Primaria	En el Box 11 del Sector 2 (APS), la documentación se mantiene en la carpeta denominada “Enseñanza Media”, garantizando su seguridad y trazabilidad. - Los registros se encuentran ordenados por mes y apellido, siguiendo un criterio de archivo ascendente y verificable. - Transcurrido un período de un año, la documentación es derivada al Archivo Clínico, conforme a los protocolos de conservación institucional.



	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 22-06-2026 Página 57 de 65 Vigencia: 22-06-2031
---	---	--

	Profesional que entrega constancia	i. Constancia GES firmado.	Papel	Odontólogos y TONS con desempeño en Atención Primaria	En la Oficina GES, la documentación se mantiene en un mueble con llave, garantizando la seguridad, acceso restringido y trazabilidad conforme a los protocolos institucionales de conservación clínica.
	Odontólogo Programa Más Sonrisas para Chile	i. Consentimiento informado Programa Más Sonrisas para Chile ii. Encuesta perfil de impacto en salud oral.	Papel	Odontólogos y TONS con desempeño en Atención Primaria	En el Box 11 del Sector 1, la documentación se mantiene en la carpeta denominada “Programa Más Sonrisas para Chile”, garantizando su seguridad y trazabilidad. Los registros se encuentran ordenados por fecha de ingreso, lo que asegura un sistema de archivo lógico, verificable y fácilmente accesible.
	Odontólogo referente del Programa de Ortodoncia	i. Consentimiento informado tratamiento de ortodoncia fija	Papel	Odontólogo con especialidad en ortodoncia	En el Box 12 del Sector 3, la documentación se mantiene en la carpeta denominada “Ortodoncia”, garantizando su seguridad y trazabilidad. Los registros se encuentran ordenados por fecha de ingreso, lo que asegura un sistema de archivo lógico, verificable y fácilmente accesible.
Unidad de Diálisis	Coordinadora Unidad de Diálisis	i. Fichas de diálisis	Papel	Personal clínico, enfermeros y TENS con desempeño en diálisis.	En la Unidad de Diálisis, área de Admisión, la documentación se mantiene en un mueble con llave, garantizando la seguridad y acceso restringido. - Los registros se encuentran ordenados por paciente y turno, y cada carpeta cuenta en su carátula con el RUT del paciente, lo que asegura un sistema de archivo trazable y verificable. - En caso de fallecimiento del usuario o cambio de centro asistencial, la documentación es derivada al Archivo Clínico, donde se conserva conforme a los protocolos de custodia y conservación institucional.
Unidad de GES	Administrativo GES	i. Constancia GES ii. Prestaciones GES iii. Cierre de Caso	Papel	Personal médico y administrativo con desempeño en GES.	En la Unidad GES, toda la documentación se mantiene en soporte papel, organizada de manera ascendente desde la fecha de generación del documento. - Los registros se clasifican por profesional responsable, lo que asegura un sistema de archivo ordenado, trazable y verificable. - Este método de organización permite garantizar la continuidad del proceso clínico y facilita la auditoría y supervisión institucional.



Unidad de Rehabilitación	Jefe Sala de Rehabilitación	i. Carpeta de ayudas técnicas: ii. Formulario de solicitud de ayuda técnica y constancia de Garantías Explícitas en Salud (GES) iii. Acta de entrega de órtesis	Papel	Personal clínico con desempeño en sala de rehabilitación.	En la Sala de Rehabilitación, la documentación se mantiene en un mueble estantería con llave, ubicado de manera contigua al Box Indiferenciado 2, garantizando la seguridad y acceso restringido. - Los registros se encuentran disponibles en la carpeta denominada “Carpeta Ayudas Técnicas GES”, ordenados por fecha de ingreso, de modo que el documento más reciente se ubica en la parte superior. - Este sistema de organización asegura un archivo lógico, verificable y trazable, facilitando la gestión documental y el control institucional.
		Carpeta de Ingresos: i. Interconsultas ya cursadas ii. Pauta de cotejo iii. Contraindicaciones iv. Plan de tratamiento integral (PTI) v. Consentimiento informado ingreso sala de Rehabilitación			En la Sala de Rehabilitación, la documentación se mantiene en un mueble estantería con llave, ubicado contiguo al Box Indiferenciado 2, garantizando la seguridad y acceso restringido. - Los registros se encuentran disponibles en la carpeta denominada “Ingresos Rehabilitación Mensual/Anual”, organizada por grupos mensuales. - Dentro de cada grupo, los documentos se ordenan por RUN correlativo de los usuarios, asegurando un sistema de archivo ordenado, trazable y verificable.
		Carpeta de lista de espera: i. Interconsultas			En la Sala de Rehabilitación, la documentación se mantiene en el mesón central, garantizando la seguridad y trazabilidad. - Los registros se encuentran disponibles en la carpeta denominada “Lista de Espera”, ordenados según criterio de prioridad, de manera que el usuario con mayor prioridad se ubica en la parte superior. - Este sistema de organización asegura un acceso rápido, verificable y eficiente, facilitando la gestión documental y el control institucional.
	Terapeuta Ocupacional de Sala de Rehabilitación	IVADEC.			En la Sala de Rehabilitación, la documentación se mantiene en un mueble estantería con llave, ubicado contiguo al Box Indiferenciado 2, garantizando la seguridad y acceso restringido. Los registros se encuentran disponibles en la carpeta denominada “IVADEC”, ordenados por fecha de ingreso, de manera que el documento más reciente se ubica en la parte superior.



Unidad de Urgencia	Enfermera Coordinadora Urgencia	Asentimiento informado do para niños/niñas y adolescentes sobre el acompañamiento en Unidad de Urgencia.	Papel	Personal con desempeño en Urgencia.	En el Box de la Coordinadora de Urgencia, la documentación se mantiene en carpeta en soporte papel, garantizando su seguridad y trazabilidad. Los registros se encuentran organizados en forma ascendente, de manera que el documento más reciente queda ubicado en la parte superior.
		Consentimiento informado Cirugía Menor.	Papel		En el Box de la Coordinadora de Urgencias, la documentación se mantiene en carpeta en soporte papel, garantizando la seguridad y trazabilidad. Los registros se encuentran organizados en forma ascendente, de manera que el documento más reciente queda ubicado en la parte superior.
Unidad de Toma de Muestras	Jefe Sala de Toma de Muestras	Libro de Resultados Críticos.	Papel	Personal con desempeño en Toma de Muestras	En la Sala de Toma de Muestras, la documentación se mantiene en un mueble con llave, garantizando la seguridad y acceso restringido. Los registros se encuentran disponibles en un libro destinado exclusivamente a resultados críticos, lo que permite asegurar la trazabilidad, continuidad y verificación institucional de dichos resultados.
Lavado de oídos	Médico encargado	Consentimiento Informado Lavado de Oídos.	Papel	Personal clínico con desempeño en APS	En el Box 15 del Sector Transversal, la documentación se mantiene en la carpeta denominada “Consentimientos Informados – Lavado de Oídos”, garantizando la seguridad y trazabilidad. Los registros se conservan en soporte papel, organizados conforme a los protocolos de custodia clínica institucional.
Referencia y Contrarreferencia	Médico Contralor	Contrarreferencia Nivel Secundario.	Papel	Médico tratante en consulta	En la Oficina GES, la documentación se mantiene en carpetas rotuladas, almacenadas dentro de un mueble con llave, garantizando la seguridad, acceso restringido y trazabilidad conforme a los protocolos institucionales de conservación clínica.



Referencia y Contrarreferencia	Médico Contralor	Ecotomografía Abdominal.	Papel	Médico tratante en consulta	En el SOME de cada sector, la documentación se mantiene en carpetas rotuladas, almacenadas dentro de un mueble con llave, garantizando la seguridad, acceso restringido y trazabilidad conforme a los protocolos institucionales de conservación clínica.
Referencia y Contrarreferencia	Médico Contralor	Endoscopia Digestiva Alta.	Papel	Médico tratante en consulta	En el SOME de cada sector, la documentación se mantiene en carpetas rotuladas, almacenadas dentro de un mueble con llave, garantizando la seguridad, acceso restringido y trazabilidad conforme a los protocolos institucionales de conservación clínica.
Botiquín	Auxiliar de Farmacia (TENS)	Copia de receta de medicamentos controlados firmada.	Papel	Auxiliar de Farmacia y Químico Farmacéutico	En la oficina del Químico Farmacéutico (QF): • Carpeta “Recetas despachadas Benzodiacepinas”. • Carpeta “Recetas despachadas Cheque”. • Cada carpeta se encuentra ordenada por medicamento y por fecha de despacho en forma descendente, dentro de un mueble con llave. • En el área de despacho se mantienen las recetas que aún no han sido despachadas. • Transcurrido un año, las recetas son trasladadas a la Bodega de Farmacia, conforme a protocolos de conservación documental.
	Auxiliar de Farmacia (TENS)	Registro de despacho diario de medicamentos a pacientes hospitalizados.	Papel	Auxiliar de Farmacia y Químico Farmacéutico	En la oficina de Dosis Unitarias: • Carpeta “Hospitalizados 2026”, que contiene a los pacientes activos. • La carpeta se encuentra ordenada por fecha de despacho en forma descendente. • Transcurrido un año, las recetas son trasladadas a la Bodega de Farmacia, siguiendo el mismo procedimiento de custodia.



10. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Ley 20.584 “Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en Salud” última modificación: 28-may-2024 - ley 21668.
- DS 41 del 15-12-2012. Reglamento sobre Fichas Clínicas Ley 20.584. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Ley N°19.628, decreto N° 161, Ley protección vida privada o protección de datos de carácter personal, Última modificación: 10-nov-2022 - ley 21.504.
- Ley N° 17.374, La ficha clínica está sometida al “secreto estadístico”, que crea el Instituto Nacional de Estadísticas.
- Compendio VI, Superintendencia de Salud, gestión de calidad, Minsal 2024.
- Circular IP N°66 Sustituye y modifica las instrucciones que indica el acápite I de la versión N°6 del “compendio de circulares que instruyen a las entidades acreditadoras sobre la interpretación de las normas del sistema de acreditación para prestadores institucionales de la salud”, aprobada por la resolución exenta IP/N°7601, 06-12-2024, en la forma que señala y ordena la emisión de la versión 6.1 del compendio.
- Monografía N° 7 Recomendaciones para la gestión de FC acorde a la normativa vigente y las exigencias del Sistema de acreditación en Salud; Observatorio de Calidad en Salud 2025; Unidad de Gestión en Acreditación Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud Intendencia de Prestadores Superintendencia de Salud.
- Hospital Gustavo Fricke; Protocolo de Ficha Clínica Única e Individual y su manejo; Versión 7; agosto 2023.
- REG1.1 Ficha Clínica Única y su manejo; Versión 1; diciembre 2024, CESFAM Jean y Marie Thierry.
- Protocolo de Manejo de Ficha Clínica; Versión 2; enero 2025, CESFAM Plaza Justicia.
- REG 1.1 Manejo de Ficha Clínica Única e Individual; Versión 5; agosto 2025, CESFAM SAPU Reina Isabel II.
- Circular IP N°68 16-06-2026, Nuevas Instrucciones sobre interpretaciones que indica y ordena la emisión de una versión del compendio N°6.

11. DISTRIBUCIÓN

- Dirección
- Subdirección de Gestión Asistencial
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente
- Unidad de Gestión y Atención de Usuarios
- Coordinación de Atención Primaria
- Coordinación de Diálisis
- Coordinación de Medicina y Urgencia



	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 22-06-2026 Página 62 de 65 Vigencia: 22-06-2031
---	---	--

12. PLANILLA DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTO

Nº EDICIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN	RESPONSABLES
1	30-12-15	Creación	Ricardo Fuenzalida Díaz, Enfermero jefe Unidad de Gestión y Atención de usuarios Sandra Sánchez, Enfermera.
2	20-12-16	Modificación desarrollo	Ricardo Fuenzalida Díaz, Enfermero jefe Unidad de Gestión y Atención de Usuarios; Encargado de Oficina de Calidad y Seguridad del Usuario. Dr. Nicolás Bravo, director.
3	20-07-2016	Modificación Unidad de SOME	Ricardo Fuenzalida Díaz, Enfermero jefe Unidad de Gestión y Atención de Usuarios.
4	04-03-2019	Modificación - Desarrollo	Ricardo Fuenzalida Díaz, Enfermero Encargado de Oficina de Calidad y Seguridad del Usuario.
5	13-08-2021	Modificación - Desarrollo	Jorge Guzmán Baraqui, Odontólogo Encargado de Oficina de Calidad y Seguridad del Usuario.
6	02-01-2025	Actualización de procesos en base a Nuevo Hospital, responsabilidades, e incorporación de registro en nuevas prestaciones.	Nancy Marín Espinoza, Enfermera Calidad y Seguridad del Usuario.
7	02-07-2025	Actualización de procesos según flujos de HSJC, modificación en contenido	Diego Espinoza Palominos, Tecnólogo médico.
8	13-11-2025	Registros NN, Perfiles asociados a módulos de AVIS, Soportes externos, Archivos satélites vinculados a FC en soporte digital y de papel.	María Jesús Cruz, Jefa de Unidad de Gestión y Atención de Usuarios. Constanza Peña, Coordinadora de APS.
9	22-06-2026	Se eliminan plataformas informáticas Ministeriales.	Constanza Peña, Coordinadora de APS.



13. ANEXOS

13.1 Anexo 1: Registro de Ficha Clínica por Contingencia



Registro de Ficha clínica por contingencia

Fecha de atención:		
Nombre:		
RUN:	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Teléfono:		
Motivo		
Anamnesis		
Exploración		
Diagnósticos		
Actuación		



13.3 Anexo 3: Acta de Eliminación de Documentos



HOSPITAL FAMILIAR Y COMUNITARIO
SAN JOSE DE CASABLANCA
UNIDAD DE GESTIÓN Y ATENCIÓN USUARIA



ACTA DE ELIMINACIÓN DE DOCUMENTACIÓN N° XXX

Por medio de la presente acta, con fecha XX de XXXX del año XXXX, la Unidad de Gestión y Atención Usuaria del Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca procede a la eliminación de documentación, la cual se detalla a continuación.

TIPO DE DOCUMENTO (Formato de documento)	MATERIA (Contenido del documento)	CÓDIGO UNICO VINCULANTE	FECHA DESDE (MES/AÑO)	FECHA HASTA MES/AÑO

(Nombre)

Encargada/o Unidad de Gestión y
atención usuaria

(Nombre)

Dirección del Establecimiento

Ministro de Fe

