

FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL

ELABORA	REVISAR	AUTORIZA	APRUEBA
MARÍA JESÚS CRUZ JEFA DE UNIDAD DE GESTIÓN Y ATENCIÓN DE USUARIOS	PATRICIA CONTRERAS INOSTROZA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE NANCY MARÍN ESPINOZA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	MARÍA JOSÉ INZUNZA ACEVEDO SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	HORACIO LÓPEZ ROJAS DIRECTOR
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	10
6.3.	Regularización de código único vinculante.....	11
6.4.	Soportes externos	12
6.5.	Procedimiento de Vinculación y acceso a la integridad de los datos	20
6.6.	Autenticidad y confidencialidad	20
7.	ASPECTOS RELEVANTES EN LA CREACIÓN DE LA FICHA CLÍNICA	21
7.1.	Apertura de Ficha Clínica	21
7.2.	Recepción de Fichas Clínicas	22
7.3.	Proceso establecido para detectar y regularizar duplicidad de Ficha Clínica.....	23
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	47
8.1.	Uso y Regulación de la Ficha Clínica	47
8.2.	Principios Normativos Aplicables.....	47
8.3.	Acceso y Entrega de Información de la Ficha Clínica	48
8.4.	Cierre de Fichas Clínicas Electrónicas Posterior a la Atención Usuaría	50
8.5.	Pasos a seguir en situación de contingencia – Atenciones APS	51
8.6.	Procedimiento en Situación de Contingencia – Unidad de Urgencia.....	52
8.7.	Almacenamiento y Conservación de Fichas Clínicas	52
8.8.	Eliminación y Trazabilidad de Fichas Clínicas.....	53
8.1.	Figura 4: Eliminación de Fichas Clínicas	54
9.	ARCHIVOS SATÉLITES VINCULANTES A FICHA CLÍNICA	54
9.1.	Tabla 3: ARCHIVOS SATÉLITES VINCULADOS A FICHA CLÍNICA SOPORTE DIGITAL	55
9.2.	TABLA 4: ARCHIVOS SATÉLITES VINCULADOS A FICHA CLÍNICA SOPORTE PAPEL	60
10.	DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA.....	72
11.	DISTRIBUCIÓN.....	72
12.	PLANILLA DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTO	73
13.	ANEXOS.....	74
13.1	Anexo 1: Registro de Ficha Clínica por Contingencia	74
13.2	Anexo 2: Registro en Ficha Clínica en Unidad de Urgencia DAU	75
13.3	Anexo 3: Acta de Eliminación de Documentos.....	76



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: Centros de Especialidades Regionales.

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.



	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 21-07-2026 Página 7 de 76 Vigencia: 21-07-2031
--	---	---

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.

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.

Más AMA: Mas Adulto Mayor Autovalente.

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): **El código único de verificación para pacientes ingresados como NN será el número correlativo asignado por la plataforma AVIS (NHC)** que en este caso se obtiene de la siguiente forma:
Desde recepción de la unidad de urgencia, seleccione el botón NUEVO para tener la opción de ingresar a un paciente. Al realizar la inscripción desde ese sitio, tenemos el check de SIN DATOS, al



marcarlo, escribimos una descripción del paciente (x ej: Paciente inconsciente de polerón naranja con negro y pantalón de buzo azul oscuro) 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 provisorio, 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 provisorio.

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

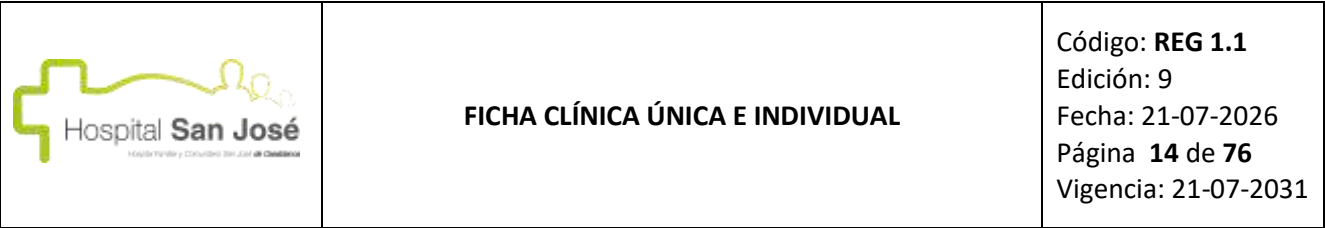
Existen soportes externos que permiten complementar la información clínica de los usuarios, integrando antecedentes relevantes a la Ficha Clínica Única e Individual. Estos soportes incluyen diversos softwares y plataformas institucionales, entre los cuales se destacan:

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

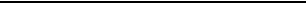
N°	SOPORTE	IDENTIFICACIÓN DE PLATAFORMA	MODALIDAD DE ACCESO	RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO CLÍNICOS	ESTAMENTO /UNIDAD CON ACCESO	ENTREGA DE RESULTADOS/INFORMACIÓN
1	CITOWEB	Plataforma de Consulta de Resultados Citológicos (PAP) – Laboratorio HCVB Sistema digital de acceso restringido que permite a profesionales autorizados consultar exclusivamente los resultados de exámenes de Papanicolaou (PAP)	Ingreso mediante el enlace institucional: https://controlcacx.med.uchile.cl/A/controlcacx/CITOWEB_R.php Acceso individual y controlado mediante credenciales personales e intransferibles Búsqueda del resultado utilizando el código vinculante (RUN) del usuario/paciente garantizando trazabilidad y seguridad de la información	Matrone/a jefa de programa: Descargar nomina completa de resultados de PAP cada dos semanas. Llamar telefónicamente a cada paciente para notificar resultado del examen. Matrones/as de consultas ambulatorias: Verificar identidad del usuario antes de realizar la búsqueda. Consultar y revisar los resultados de PAP para continuidad de la atención. Registrar en la ficha clínica el resultado y las acciones derivadas del resultado. Subir el examen a documentos. Garantizar la confidencialidad de las credenciales y de la información consultada. Coordinar derivaciones, controles o seguimientos según protocolos vigentes. Reportar incidencias de acceso o inconsistencias al referente institucional correspondiente.	El acceso a la plataforma de consulta está limitado a profesionales autorizados por la institución. • Matrones Atención Ambulatoria Todos los estamentos, que tengan competencia, tienen acceso al resultado del examen en AVIS y al informe subido a la sección Documentos. El acceso se realiza según el perfil asignado en AVIS, respetando las normas de confidencialidad, seguridad y responsabilidad administrativa.	El informe se entrega de manera presencial al usuario durante la consulta ambulatoria o lo entregan las TENS si el paciente lo requiere, descargándolo e imprimiéndolo desde la FC.



N°	SOPORTE	IDENTIFICACIÓN DE PLATAFORMA	MODALIDAD DE ACCESO	RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO CLÍNICOS	ESTAMENTO /UNIDAD CON ACCESO	ENTREGA DE RESULTADOS/ INFORMACIÓN
2	DIALINET	Plataforma Electrónica de Registro Integral de Terapia de Hemodiálisis – Sistema Dialinet / Integración AVIS Sistema institucional destinado al registro completo, ordenado y trazable de todos los ámbitos relacionados con la terapia de hemodiálisis, incluyendo sesiones, parámetros clínicos, evolución y documentación asociada. Su información se integra tanto en Dialinet como en la Ficha Clínica Electrónica AVIS, garantizando disponibilidad transversal para el equipo clínico.	El acceso a Dialinet y AVIS se realiza mediante credenciales personales, únicas e intransferibles, según perfil profesional. El registro primario se realiza en Dialinet, plataforma institucional de la Unidad de Diálisis. La información generada se exporta automáticamente en formato PDF y se integra a la Ficha Clínica Electrónica AVIS del usuario. Los documentos quedan disponibles en la sección Documentos de AVIS, ordenados por fecha y tipo de atención.	i. Enfermeros/as (Unidad de Diálisis) Registrar en Dialinet los datos clínicos de ingreso, parámetros de cada sesión y eventos relevantes. Verificar la correcta generación y carga de documentos PDF en AVIS. Supervisar la calidad y completitud de los registros. Garantizar la confidencialidad y uso adecuado de las credenciales de acceso. Coordinar acciones derivadas de la información registrada (interconsultas, ajustes terapéuticos, seguimiento). ii. Médicos (Unidad de Diálisis) Revisar los registros de Dialinet y los documentos integrados en AVIS para toma de decisiones clínicas. Documentar indicaciones, modificaciones de tratamiento y evolución del usuario. Validar la información registrada y asegurar su coherencia con el plan terapéutico. Mantener la trazabilidad de las acciones clínicas mediante registros oportunos y completos. iii. Técnicos en Enfermería (TENS) – Unidad de Diálisis Registrar parámetros operativos de la sesión según protocolos vigentes. Verificar que la información ingresada se refleje correctamente en los documentos PDF. Reportar inconsistencias o incidencias en el sistema al equipo de enfermería. Mantener la confidencialidad de la información y el uso seguro de las credenciales.	El acceso a la plataforma de consulta está limitado a profesionales autorizados por la institución: - Enfermeros - Médicos - TENS con desempeño en la 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 Documentos. El acceso se realiza según el perfil asignado en AVIS, respetando las normas de confidencialidad, seguridad y responsabilidad administrativa. La información está disponible para unidades de apoyo, supervisión, auditoría y calidad, según las funciones institucionales.	Responsable de digitalización: Todo el personal clínico de la Unidad de Diálisis. Los documentos quedan registrados en la ficha clínica electrónica AVIS, en el acápite “Documentos”. Plazo de carga en la Ficha Clínica Electrónica: 48 horas hábiles desde la generación del documento.
		Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799. Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link: https://doc.digital.gob.cl/validador/1OGZ0B-395				



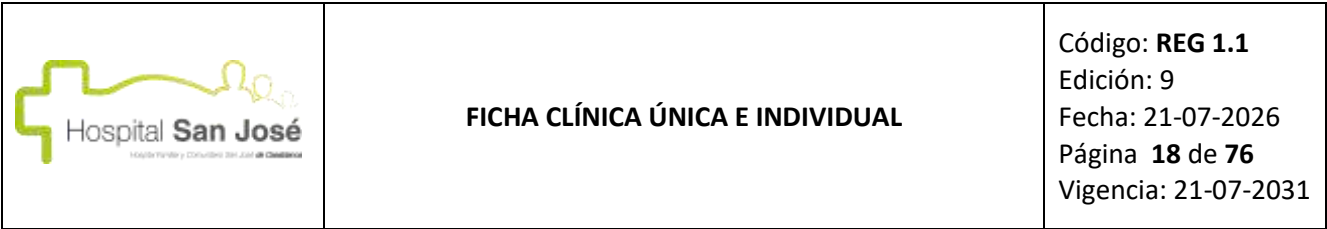
	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 21-07-2026 Página 14 de 76 Vigencia: 21-07-2031
--	--	---

	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 21-07-2026 Página 14 de 76 Vigencia: 21-07-2031
--	--	---

N°	SOPORTE	IDENTIFICACIÓN DE PLATAFORMA	MODALIDAD DE ACCESO	RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO CLÍNICOS	ESTAMENTO /UNIDAD CON ACCESO	ENTREGA DE RESULTADOS/INFORMACIÓN
3	ISATEC	Plataforma de Telemedicina para Visualización de Electrocardiogramas – ISATEC Sistema electrónico destinado a la recepción, visualización y descarga de informes de electrocardiogramas emitidos por cardiólogos	Acceso mediante el enlace institucional: https://clientes.isatec.cl/login.aspx Autenticación con usuario y contraseña personal e intransferible. El software está instalado exclusivamente en un computador autorizado, ubicado en la estación de enfermería de la Unidad de Urgencia. Solo los profesionales habilitados pueden operar el sistema. Actualmente existen 26 usuarios activos.	i. Enfermero/a (Unidad de Urgencia) Realizar la toma de electrocardiogramas. Ingresar al sistema para enviar solicitudes de lectura. Verificar la correcta recepción del informe. Supervisar el uso adecuado del equipo autorizado. ii. Matronas (Unidad de Urgencia) Ejecutar la toma de electrocardiogramas cuando corresponda. Enviar solicitudes de lectura mediante el sistema. Descargar el informe PDF para su revisión clínica. iii. Técnicos en Enfermería (TENS) – Unidad de Urgencia Realizar la toma de electrocardiogramas según protocolo. Enviar solicitudes de lectura y descargar el informe. Registrar el informe en la ficha clínica electrónica AVIS dentro del plazo establecido. Mantener la confidencialidad de las credenciales y del contenido clínico.	El acceso a la plataforma está limitado a Enfermeros/as, Matronas y TENS que realizan toma de electrocardiogramas en la Unidad de Urgencia. El sistema no se encuentra disponible para otros profesionales ni para uso en otros equipos. La información puede ser consultada por otros profesionales únicamente si cuentan con credenciales autorizadas y perfil asignado por la institución.	El informe emitido por el cardiólogo se descarga en formato PDF desde la plataforma. El TENS de urgencia en turno es responsable de cargar el informe en la Ficha Clínica Electrónica AVIS, dentro de un plazo máximo de 24 horas. Una vez cargado, el documento queda disponible en el acápite “Documentos” de AVIS, permitiendo su revisión por todo el personal clínico autorizado. Este proceso garantiza la oportunidad, trazabilidad y disponibilidad del informe para la continuidad de la atención.
 Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799. Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:						



N°	SOPORTE	IDENTIFICACIÓN DE PLATAFORMA	MODALIDAD DE ACCESO	RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO CLÍNICOS	ESTAMENTO /UNIDAD CON ACCESO	ENTREGA DE RESULTADOS/INFORMACIÓN
4	MODULAB	Plataforma Digital MODULAB – Consulta de Resultados de Laboratorio Sistema institucional que permite a los profesionales clínicos acceder a los resultados de exámenes realizados en el Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca y procesados en el Laboratorio del Hospital Eduardo Pereira.	Ingreso mediante el enlace institucional: http://10.5.200.134:8888/modulab/intralab/ni/login.jsp Autenticación con usuario y contraseña personal e intransferible. Acceso disponible para profesionales clínicos habilitados según perfil y unidad de desempeño. La búsqueda de resultados se realiza ingresando el RUN del usuario, garantizando trazabilidad y seguridad.	i. Médicos Consultar resultados de laboratorio para diagnóstico, control y seguimiento clínico. Registrar en ficha clínica las acciones derivadas del resultado. Mantener la confidencialidad de credenciales y datos consultados. ii. Enfermeros/as (excepto Unidad de Urgencia) Revisar resultados para continuidad de cuidados y toma de decisiones clínicas. Verificar coherencia entre resultados y evolución del usuario. Garantizar el uso seguro y responsable de la plataforma. iii. Nutricionistas (excepto Central de Esterilización) Consultar resultados relevantes para evaluación nutricional y seguimiento. Registrar intervenciones derivadas del análisis de laboratorio. iv. Matrones/as (excepto Unidad de Urgencia) Acceder a resultados para controles gineco-obstétricos y seguimiento clínico. Documentar en ficha clínica las acciones realizadas en base a los resultados. v. Odontólogos Revisar resultados de laboratorio necesarios para procedimientos y diagnósticos odontológicos. Registrar en ficha clínica las decisiones clínicas asociadas. vi. Kinesiólogos sala IRA y ERA Consultar resultados que influyan en la evaluación respiratoria y manejo terapéutico. Registrar intervenciones derivadas de la información obtenida. vii. Técnicos en Enfermería (TENS) – APS y SOME Verificar resultados cuando corresponda a su rol de apoyo clínico.	El acceso está limitado a los profesionales clínicos habilitados según perfil y unidad de desempeño. 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. La información puede ser consultada por otros profesionales únicamente si cuentan con credenciales autorizadas y perfil asignado por la institución.	Los resultados visualizados en MODULAB se descargan en formato PDF. El informe se entrega de manera presencial al usuario durante la consulta ambulatoria en caso que no lo haya retirado. El resultado se imprime únicamente cuando el usuario asiste a su control ambulatorio o cuando lo solicita de forma presencial en SOME.
		Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799. Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link: https://doc.digital.gob.cl/validador/1OGZ0B-395		Asegurar la correcta identificación del usuario al realizar búsquedas por RUN. Mantener la confidencialidad de la información consultada.		



	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 21-07-2026 Página 18 de 76 Vigencia: 21-07-2031
--	---	---

	FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL	Código: REG 1.1 Edición: 9 Fecha: 21-07-2026 Página 18 de 76 Vigencia: 21-07-2031
--	---	---

N°	SOPORTE	IDENTIFICACIÓN DE PLATAFORMA	MODALIDAD DE ACCESO	RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO CLÍNICOS	DISPONIBILIDAD PARA OTROS PROFESIONALES	ENTREGA Y/O REGISTRO EN FICHA CLÍNICA
8	VISTASOFT	Software Digital de Radiografías Odontológicas – Sistema de Almacenamiento y Visualización de Imágenes Dentales Plataforma informática destinada al almacenamiento y gestión de radiografías odontológicas tomadas en la Sala de Rayos Dental del Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca. Las imágenes se integran directamente en la ficha clínica electrónica AVIS, permitiendo su consulta por profesionales autorizados.	Acceso mediante un computador con clave de acceso , ubicado en la Sala de Rayos Dental , con acceso restringido. El sistema es operado exclusivamente por odontólogos autorizados para la toma de radiografías .	<i>Odontólogos autorizados para toma de radiografías</i> Realizar la toma de radiografías odontológicas. Cargar todas las imágenes obtenidas en la Ficha Clínica Electrónica AVIS, en el apartado “Documentos”. Verificar la correcta identificación del usuario antes de cargar la imagen. Garantizar la confidencialidad y uso adecuado del equipo y del software. <i>Otros profesionales clínicos con acceso a AVIS</i> Consultar las imágenes registradas cuando sean necesarias para evaluación, diagnóstico o continuidad de la atención. Registrar en ficha clínica las acciones derivadas de la revisión de las imágenes, según su rol clínico.	Las imágenes cargadas en AVIS quedan disponibles para todos los profesionales clínicos con acceso autorizado a la ficha electrónica. La visualización se realiza exclusivamente desde el apartado “ Documentos ” de AVIS. No existe acceso directo al software desde otras unidades; la disponibilidad es únicamente a través de la ficha clínica.	Todas las radiografías odontológicas deben ser cargadas en AVIS por el odontólogo que realiza la toma. Las imágenes quedan registradas en el apartado “ Documentos ”, asegurando disponibilidad inmediata para el equipo clínico. Las decisiones clínicas derivadas de la revisión de las radiografías deben ser registradas en la ficha clínica por el profesional tratante, garantizando continuidad asistencial y trazabilidad.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:



N°	SOPORTE	IDENTIFICACIÓN DE PLATAFORMA	MODALIDAD DE ACCESO	RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO CLÍNICOS	DISPONIBILIDAD PARA OTROS PROFESIONALES	ENTREGA Y/O REGISTRO EN FICHA CLÍNICA
9	XERO VIEWER	Plataforma Xero – Visualización de Estudios de Imagenología del Hospital Eduardo Pereira (HEP) Sistema digital que permite acceder a estudios de imagenología realizados en el Hospital Eduardo Pereira para usuarios derivados desde la Unidad de Medicina del Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca. Incluye radiografías, tomografías computadas, resonancias magnéticas y otros exámenes de imagen.	Ingreso mediante el enlace institucional: Xero.hep.cl. Autenticación con usuario y contraseña personal e intransferible. La búsqueda de estudios se realiza ingresando el nombre del usuario y la fecha del examen. Acceso restringido a profesionales clínicos autorizados según perfil institucional.	i. Enfermero(a) Coordinador(a) de Medicina y Subrogante Verificar disponibilidad de estudios de imagenología en la plataforma. Coordinar la revisión de exámenes por parte del equipo médico. Mantener la confidencialidad de credenciales y de la información consultada. ii. Médico Jefe de Unidades de Urgencia y Medicina Revisar los estudios de imagenología disponibles en Xero. Integrar los hallazgos en la evaluación clínica del usuario. Registrar en la Ficha Clínica Electrónica AVIS la interpretación, diagnóstico y/o decisiones clínicas derivadas del examen. iii. Subdirección de Gestión Asistencial Supervisar el uso adecuado de la plataforma y la disponibilidad de estudios. Coordinar acciones interinstitucionales relacionadas con derivaciones y continuidad asistencial. iv. Tecnólogo Médico de Imagenología Verificar la correcta disponibilidad de estudios derivados al HEP. Apoyar la gestión técnica y operativa del acceso a la plataforma. Mantener la trazabilidad y seguridad de la información visualizada.	El acceso está limitado a los perfiles autorizados: Enfermería de Medicina, Médicos jefes de Urgencia y Medicina, Subdirección de Gestión Asistencial y TM de Imagenología. No se encuentra disponible para otros profesionales sin autorización formal. La información contenida en Xero es de carácter clínico y su consulta debe realizarse exclusivamente para fines asistenciales.	Los estudios visualizados en Xero deben ser utilizados para la atención clínica y registrados en la ficha electrónica cuando corresponda. El médico que revisa el examen debe registrar en AVIS el diagnóstico evidenciado y/o la evaluación de la imagen, asegurando trazabilidad y continuidad asistencial. Las intervenciones derivadas de la revisión de estudios por otros profesionales deben quedar documentadas en la ficha clínica según normativa institucional.

NOTA: Acceso a través de conexión red MINSAL: Modulab, Chagas, TAONet.

Acceso público: Dialinet, VistaSof, Synergy, Isatec, Xero Viewer.



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

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

<https://doc.digital.gob.cl/validador/1OGZ0B-395>

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).

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**).

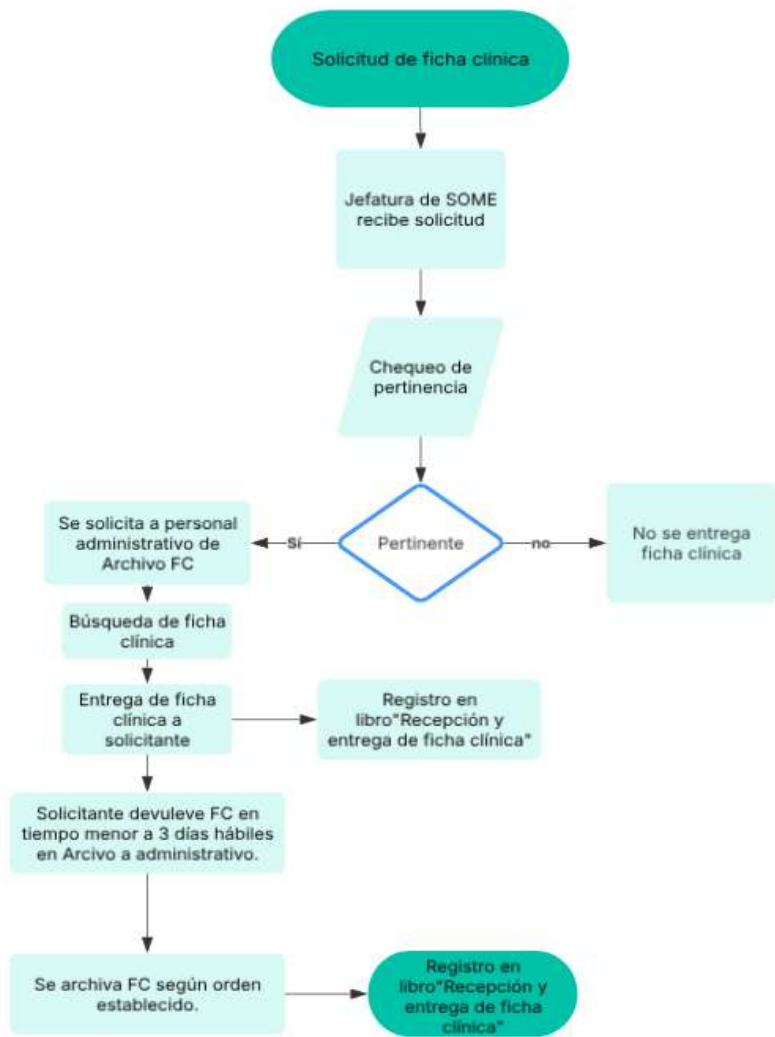


III. Registro de solicitudes:

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°	PERFIL	ESTAMENTOS CON ACCESO	MÓDULOS A LOS QUE ACCEDE	ACCESO A HISTORIA CLÍNICA
1	AMB Administrativo Encargado L.E.	Administrativo SIGGES. Subdirección de Gestión Asistencial	Agenda - Visualizar y administrar las citas de pacientes en lista de espera. - Reasignar horas disponibles y coordinar derivaciones. Lista de Espera (submódulo dentro de Agenda/Administración) - Registro y seguimiento de pacientes en lista de espera. - Priorización según criterios clínicos o administrativos. - Generación de reportes de tiempos de espera. Configurar (Administración) - Manejo de parámetros de lista de espera. - Asignación de profesionales y centros de atención.	Historia Clínica (acceso limitado) - Consultar antecedentes básicos para validar la pertinencia de la lista de espera. - No acceso completo a la ficha clínica, solo lo necesario para gestión administrativa
2	AMB Agenda Toma de Muestra	Administrativos SOME Auxiliar de Rehabilitación. Jefe de Laboratorio	Agenda - Permite agendar y administrar citas de pacientes. - Incluye la opción de programar la toma de muestras de laboratorio. Laboratorio / Toma de Muestras - Registro de pacientes que llegan a realizarse exámenes. - Control de derivaciones y confirmación de que la muestra fue tomada. - Vinculación con el sistema de resultados de laboratorio.	Historia Clínica (limitado) - Puede registrar la orden de exámenes solicitados por el médico. - Acceso restringido solo a la parte de solicitud y registro de toma de muestras, no a toda la ficha clínica.
3	AMB Auxiliar de Farmacia	Técnicos de enfermería con desempeño en Unidad de Farmacia	Farmacia - Despacho de recetas a pacientes. / Registro de entregas de medicamentos. - Control de stock en la farmacia local. - Cartola de pacientes crónicos (seguimiento de tratamientos). Bodega Central (acceso parcial) - Visualización de inventario disponible. - Solicitud de reposición de medicamentos e insumos. - No acceso completo a funciones de administración de bodegas, solo lo necesario para auxiliar.	Historia Clínica (muy limitado) - Acceso únicamente a la parte de recetas electrónicas emitidas por profesionales. - No acceso a información clínica completa.



4	AMB Consulta Administrativa	Enfermero(a) de Diálisis. Técnico Nivel superior en enfermería de Diálisis.	Agenda • Visualizar y administrar citas de pacientes. • Confirmar, modificar o reasignar horas. • Derivar pacientes a otros profesionales o servicios. Configurar (Administración) • Manejo de parámetros de agenda y bloqueos de horarios. • Gestión de profesionales y equipos multidisciplinares vinculados a la atención ambulatoria.	Historia Clínica (acceso limitado) • Solo lectura de información básica necesaria para la gestión administrativa (ejemplo: diagnósticos o derivaciones). • No acceso completo a la ficha clínica.
5	AMB Contactabilidad	Equipo administrativo GES. Terapeuta ocupacional CTA	Agenda • Visualizar citas programadas. • Confirmar asistencia de pacientes. • Reagendar o notificar cambios en las horas. Lista de Espera (si corresponde) • Contactar pacientes en lista de espera para confirmar disponibilidad. • Actualizar estado de contacto (ej. paciente confirmado, rechazado, pendiente). Configurar (Administración) • Manejo de parámetros de notificación y recordatorios. • Vinculación con equipos administrativos para coordinar la contactabilidad.	Historia Clínica (acceso limitado) • Consultar datos básicos de contacto y antecedentes relevantes para la comunicación. • No acceso completo a la ficha clínica, solo lo necesario para la gestión de contacto.
6	AMB Derivaciones Internas	Administrativo GES. Subdirectora de Gestión Asistencial. Kinesiólogo Rehabilitación. Auxiliar Rehabilitación	Agenda • Visualizar citas y disponibilidad de profesionales. • Registrar y coordinar derivaciones internas hacia otras agendas. Configurar (Administración) • Definir parámetros de derivación interna. • Vincular profesionales y servicios disponibles para recibir pacientes derivados. Lista de Espera (si corresponde) • Derivar pacientes en espera hacia otro profesional o servicio con cupo disponible. • Actualizar estado de la derivación.	Historia Clínica (acceso limitado) • Consultar antecedentes básicos del paciente para justificar la derivación. • Registrar la acción de derivación en la ficha clínica.



7	AMB Directores	Director	Agenda • Visualización de agendas de todos los profesionales. • Monitoreo de carga de trabajo y distribución de citas. • Acceso a reportes de productividad. Farmacia y Bodega • Supervisión de stock de medicamentos e insumos. • Reportes de consumo y abastecimiento. Entrega de Alimentos (PNAC/PACAM) • Monitoreo de distribución de alimentos y cumplimiento de programas nutricionales. Urgencias • Acceso a estadísticas de atención en urgencias. • Supervisión de tiempos de respuesta y flujos de pacientes. Configurar (Administración) • Gestión de parámetros institucionales. • Administración de profesionales, equipos multidisciplinarios y recursos. • Definición de políticas de agenda, listas de espera y protocolos.	Historia Clínica (acceso supervisión) • Acceso a información clínica consolidada para análisis estadístico. • No necesariamente acceso detallado a cada ficha, sino a reportes agregados.
8	AMB Encargado Agendas	Administrativos de SOME encargados de mantención de agendas	Agenda • Creación y administración de agendas estructuradas o libres. • Configuración de horarios, bloqueos y disponibilidad de profesionales. • Reasignación de citas y coordinación de multicitación. Configurar (Administración) • Definición de parámetros de agenda (bloqueos, feriados, reemplazos). • Administración de profesionales y equipos multidisciplinarios vinculados a las agendas. • Gestión de centros y servicios asociados. Lista de Espera (si corresponde) • Vinculación de pacientes en lista de espera con agendas disponibles. • Priorización y reasignación de citas según criterios administrativos.	Historia Clínica (acceso limitado) • Solo lectura de información básica vinculada a citas (ej. motivo de consulta). • No acceso completo a la ficha clínica.



9	AMB Encargado de Inscripción	Administrativo de SOME que se desempeña en Admisión Central. Administrativo OIRS	Agenda • Registrar nuevas inscripciones de pacientes en controles o programas. • Asignar citas iniciales según disponibilidad. Configurar (Administración) • Definir parámetros de inscripción (ej. cupos, criterios de ingreso). • Vincular pacientes a profesionales o equipos multidisciplinarios. Lista de Espera (si corresponde) • Inscribir pacientes en lista de espera cuando no hay cupos disponibles. • Actualizar estado de inscripción y seguimiento.	Historia Clínica (acceso limitado) • Consultar datos básicos del paciente para validar inscripción. • No acceso completo a la ficha clínica, solo lo necesario para confirmar antecedentes.
10	AMB Encargado Farmacia	Encargado de insumos clínicos	Farmacia • Administración completa de la farmacia ambulatoria. • Despacho de recetas y registro de entregas. • Control de stock y cartola de pacientes crónicos. • Supervisión de auxiliares de farmacia. Bodega Central • Acceso a inventarios y movimientos de insumos. • Solicitud y aprobación de reposiciones. • Control de múltiples bodegas integradas. Configurar (Administración) • Definición de parámetros de farmacia (ej. stock crítico, alertas). • Administración de personal vinculado a la farmacia. • Gestión de reportes de consumo y abastecimiento.	Historia Clínica (acceso limitado) • Visualización de recetas electrónicas emitidas por profesionales. • Validación de tratamientos crónicos para asegurar continuidad.
11	AMB Enfermera/o	Enfermeras/os	Agenda • Visualización de citas de pacientes asignados. • Registro de asistencia y coordinación de controles. • Reagendamiento de citas en coordinación con médicos y administrativos. Farmacia (acceso limitado) • Validación de entrega de medicamentos administrados en procedimientos. • Registro de administración de tratamientos crónicos.	Historia Clínica • Registro de procedimientos de enfermería (curaciones, controles, administración de medicamentos). • Solicitud y registro de exámenes. • Actualización de evolución clínica y parámetros



			Configurar (Administración – acceso parcial) - Vinculación de pacientes a programas de enfermería. - Coordinación con equipos multidisciplinares.	de salud.
12	AMB Exámenes	Tecnólogo médico de laboratorio.	Agenda - Programar citas para la toma de exámenes. - Coordinar horarios de laboratorio o imagenología. Laboratorio / Toma de Muestras - Registro de pacientes que acuden a realizarse exámenes. - Confirmación de toma de muestras y vinculación con resultados. - Control de derivaciones internas hacia servicios de laboratorio. Configurar (Administración – acceso limitado) - Definir parámetros de exámenes disponibles. - Vincular profesionales y servicios que pueden solicitar o ejecutar exámenes.	Historia Clínica (acceso parcial) - Registrar solicitudes de exámenes realizadas por profesionales. - Visualizar resultados asociados al paciente. - Actualizar el estado de los exámenes (pendiente, realizado, informado).
13	AMB Fallecimiento Paciente	Administrativo GES.	Agenda - Cancelar citas futuras del paciente. - Actualizar el estado en la agenda para evitar asignaciones posteriores. Lista de Espera - Retirar al paciente de listas de espera activas. - Actualizar registros administrativos vinculados. Configurar (Administración) - Reportar fallecimientos para estadísticas institucionales. - Vincular la información con sistemas de gestión de salud pública.	Historia Clínica (acceso específico) - Registrar el evento de fallecimiento en la ficha clínica. - Cerrar la historia clínica del paciente. - Generar certificados o reportes asociados.



14	AMB Jefe de SOME	Jefatura Unidad de Gestión de Atención de Usuarios y Subrogantes. Encargada de AVIS.	Agenda - Supervisión de todas las agendas de profesionales. - Control de citaciones, confirmaciones y reasignaciones. - Monitoreo de carga de trabajo y cumplimiento de horarios. Lista de Espera - Gestión y priorización de pacientes en espera. - Redistribución de cupos según disponibilidad. - Generación de reportes de tiempos de espera. Configurar (Administración) - Definición de parámetros de agendas y listas de espera. - Administración de profesionales y equipos vinculados a SOME. - Configuración de protocolos de atención y coordinación interna. Reportes y Estadísticas (submódulo dentro de Administración) - Acceso a indicadores de gestión ambulatoria. - Elaboración de informes de productividad y cumplimiento.	Historia Clínica (acceso limitado) - Lectura de información básica para validar derivaciones y citaciones. - No acceso completo a la ficha clínica, solo lo necesario para gestión administrativa.
15	AMB Kinesiólogo/a	Kinesiólogo/a.	Agenda - Visualización de citas asignadas a kinesiología. - Registro de asistencia y coordinación de controles. - Reagendamiento de sesiones según disponibilidad. Lista de Espera (si corresponde) - Incorporación de pacientes derivados a kinesiología. - Priorización de casos según criterios clínicos. Configurar (Administración – acceso parcial) - Vinculación de pacientes a programas de rehabilitación. - Coordinación con equipos multidisciplinarios (ej. médicos, terapeutas ocupacionales).	Historia Clínica - Registro de evaluaciones kinesiológicas. - Ingreso de procedimientos y terapias realizadas. - Seguimiento de evolución y resultados funcionales del paciente.



16	AMB Matrón/a	Matrón/a.	Agenda • Visualización de citas asignadas a matronería. • Registro de asistencia y coordinación de controles. • Reagendamiento de citas según disponibilidad. Lista de Espera (si corresponde) • Incorporación de pacientes derivados a controles de matronería. • Priorización de casos según criterios clínicos (ej. embarazo de alto riesgo). Entrega de Alimentos (PNAC/PACAM) • Registro y control de entrega de suplementos nutricionales a embarazadas, lactantes y recién nacidos. Configurar (Administración – acceso parcial) • Vinculación de pacientes a programas de salud materno-infantil. • Coordinación con equipos multidisciplinarios (ej. pediatras, nutricionistas, enfermeras).	Historia Clínica • Registro de controles prenatales y ginecológicos. • Ingreso de procedimientos obstétricos y de salud sexual. • Seguimiento de evolución materna y neonatal.
17	AMB Matrón/a Contralor	Matrón/a con designación de contralor y subrogantes.	Agenda • Visualización y gestión de citas de pacientes bajo control de matronería. • Registro de asistencia y coordinación de controles periódicos. Lista de Espera (si corresponde) • Incorporación de pacientes derivados a programas de matronería. • Priorización de casos según criterios clínicos (ej. embarazo de alto riesgo). Entrega de Alimentos (PNAC/PACAM) • Registro y control de entrega de suplementos nutricionales a embarazadas, lactantes y recién nacidos. Configurar (Administración – acceso parcial) • Vinculación de pacientes a programas de salud sexual y reproductiva. • Coordinación con equipos multidisciplinarios (ej. pediatras, nutricionistas, enfermeras). • Supervisión de parámetros de control y seguimiento.	Historia Clínica • Registro de controles ginecológicos y obstétricos. • Supervisión de evolución clínica de pacientes. • Validación de procedimientos y derivaciones.



18	AMB Médico Contralor	Médico/a con designación de contralor y subrogantes.	Agenda • Visualización de citas de pacientes bajo control médico. • Registro de asistencia y coordinación de controles periódicos. • Reasignación de citas en coordinación con SOME o administrativos. Lista de Espera (si corresponde) • Incorporación de pacientes derivados a controles médicos contralores. • Priorización de casos según criterios clínicos. Configurar (Administración – acceso parcial) • Vinculación de pacientes a programas de seguimiento médico. • Coordinación con equipos multidisciplinarios (ej. enfermeras, matrones, kinesiólogos). • Supervisión de parámetros de control y protocolos clínicos. Reportes y Estadísticas (submódulo dentro de Administración) • Acceso a indicadores de cumplimiento de controles médicos. • Elaboración de informes de seguimiento y calidad de atención.	Historia Clínica • Registro de controles médicos contralores. • Validación de diagnósticos y tratamientos. • Supervisión de evolución clínica y cierre de procesos.
19	AMB Médicos	Médico/a.	Agenda • Visualización de citas asignadas al médico. • Registro de asistencia y cierre de consultas. • Reagendamiento de controles en coordinación con SOME. Lista de Espera (si corresponde) • Incorporación de pacientes derivados a controles médicos. • Priorización de casos según criterios clínicos. Farmacia (acceso limitado) • Validación de recetas electrónicas. • Generación de prescripciones vinculadas a la historia clínica. Configurar (Administración – acceso parcial) • Vinculación de pacientes a programas de salud específicos. • Coordinación con equipos multidisciplinarios.	Historia Clínica • Registro completo de consultas médicas. • Ingreso de diagnósticos, tratamientos y evolución clínica. • Solicitud de exámenes y derivaciones.



20	AMB Nutricionista	Nutricionista	Agenda - Visualización de citas asignadas a nutrición. - Registro de asistencia y coordinación de controles periódicos. - Reagendamiento de sesiones según disponibilidad. Entrega de Alimentos (PNAC/PACAM) - Registro y control de entrega de suplementos nutricionales a pacientes. - Supervisión de cumplimiento de programas alimentarios (ej. embarazadas, lactantes, adultos mayores). Lista de Espera (si corresponde) - Incorporación de pacientes derivados a controles nutricionales. - Priorización de casos según criterios clínicos. Configurar (Administración – acceso parcial) - Vinculación de pacientes a programas de nutrición. - Coordinación con equipos multidisciplinares (ej. médicos, matrones, enfermeras).	Historia Clínica - Registro de evaluaciones nutricionales. - Ingreso de planes alimentarios y seguimiento de evolución. - Solicitud de exámenes relacionados con nutrición (ej. perfil lipídico, glicemia).
21	AMB Odontólogo	Odontólogo/a	Agenda - Visualización de citas asignadas a odontología. - Registro de asistencia y cierre de consultas. - Reagendamiento de controles según disponibilidad. Lista de Espera (si corresponde) - Incorporación de pacientes derivados a atención odontológica. - Priorización de casos según criterios clínicos (ej. urgencias dentales). Farmacia (acceso limitado) - Validación de recetas electrónicas emitidas por el odontólogo. - Prescripción de medicamentos vinculados a la ficha clínica. Configurar (Administración – acceso parcial) - Vinculación de pacientes a programas odontológicos (ej. control preventivo, rehabilitación). - Coordinación con equipos multidisciplinares (ej. médicos, enfermeras, nutricionistas).	Historia Clínica - Registro de consultas odontológicas. - Ingreso de diagnósticos, procedimientos y tratamientos dentales. - Solicitud de exámenes complementarios (ej. radiografías).



22	AMB Odontólogo Contralor	Odontólogo/a con funciones de contralor y subrogantes	Agenda • Visualización de citas de pacientes bajo control odontológico. • Registro de asistencia y coordinación de controles periódicos. • Reasignación de citas en coordinación con SOME o administrativos. Lista de Espera (si corresponde) • Incorporación de pacientes derivados a controles odontológicos contralores. • Priorización de casos según criterios clínicos (ej. urgencias dentales, tratamientos prolongados). Farmacia (acceso limitado) • Validación de recetas electrónicas emitidas en el contexto odontológico. • Supervisión de prescripciones vinculadas a la ficha clínica. Configurar (Administración – acceso parcial) • Vinculación de pacientes a programas odontológicos específicos (ej. control preventivo, rehabilitación). • Coordinación con equipos multidisciplinarios (ej. médicos, enfermeras, nutricionistas). • Supervisión de parámetros de control y protocolos clínicos. Reportes y Estadísticas (submódulo dentro de Administración) • Acceso a indicadores de cumplimiento de controles odontológicos. • Elaboración de informes de seguimiento y calidad de atención.	Historia Clínica • Registro de controles odontológicos contralores. • Validación de diagnósticos y procedimientos realizados por otros odontólogos. • Supervisión de evolución clínica y cierre de procesos odontológicos
23	AMB Preparación de Pacientes	Técnicos de enfermería nivel superior	Agenda • Visualización de citas de pacientes que requieren preparación. • Registro de cumplimiento de preparación antes de la atención. • Coordinación con profesionales responsables del procedimiento. Exámenes / Laboratorio (si corresponde) • Confirmación de preparación adecuada para toma de muestras o estudios diagnósticos. • Registro de cumplimiento de requisitos previos (ej. ayuno, suspensión de medicamentos).	Historia Clínica (acceso parcial) • Registro de preparación previa a procedimientos (ej. ayuno, administración de medicamentos, preparación física). • Validación de indicaciones médicas antes de exámenes o cirugías menores. • Actualización del estado del paciente como





FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL

Código: REG 1.1
Edición: 9
Fecha: 21-07-2026
Página 36 de 76
Vigencia: 21-07-2031

			Configurar (Administración – acceso limitado) - Definición de protocolos de preparación según tipo de examen o procedimiento. - Coordinación con equipos clínicos para estandarizar procesos.	“preparado” o “listo para atención”.
24	AMB Químico Farmacéutico APS	Químico farmacéutico de botiquín	Farmacia - Supervisión de la dispensación de medicamentos. - Validación de recetas electrónicas. - Control de stock y gestión de medicamentos de programas especiales (ej. crónicos, GES). Bodega Central - Administración de inventarios y movimientos de insumos. - Solicitud y aprobación de reposiciones. - Control de múltiples bodegas vinculadas al establecimiento. Configurar (Administración) - Definición de parámetros de gestión farmacéutica (stock crítico, alertas). - Administración de personal vinculado a la farmacia. - Elaboración de reportes de consumo y abastecimiento. Reportes y Estadísticas (submódulo dentro de Administración) - Acceso a indicadores de gestión farmacéutica en APS. - Elaboración de informes de cumplimiento y auditoría.	Historia Clínica (acceso parcial) - Visualización de prescripciones médicas. - Validación de tratamientos farmacológicos. - Registro de intervenciones farmacéuticas (ej. seguimiento de adherencia).
25	AMB Resolutividad SIC/OA	Cirujana Dentista Contralor Médico contralor Matrón contralor	Agenda - Supervisión de citas vinculadas a derivaciones SIC/OA. - Control de cumplimiento de atenciones programadas. Lista de Espera - Gestión de pacientes derivados a través de SIC/OA. - Priorización y resolución de casos pendientes. - Actualización del estado de solicitudes (pendiente, resuelto, derivado).	Historia Clínica (acceso parcial) - Visualización de antecedentes clínicos necesarios para validar la resolución. - Registro de cierre de casos vinculados a SIC/OA.



			Configurar (Administración) - Definición de parámetros de resolutiveidad. - Vinculación de profesionales y servicios responsables de resolver derivaciones. - Generación de reportes de cumplimiento y trazabilidad. Reportes y Estadísticas - Acceso a indicadores de resolutiveidad en SIC/OA. - Elaboración de informes de gestión y seguimiento.	
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	Agenda - Revisión de agendas de todos los profesionales y servicios. - Validación de disponibilidad y horarios. - Ajustes y correcciones de citas programadas. Lista de Espera (acceso complementario) - Verificación de pacientes en espera vinculados a agendas. - Reasignación de cupos según disponibilidad. Configurar (Administración – acceso parcial) - Definición de parámetros de agendas (bloqueos, cupos, tiempos de atención). - Coordinación con SOME y equipos administrativos. Reportes y Estadísticas (submódulo dentro de Administración) - Acceso a indicadores de uso y cumplimiento de agendas. - Elaboración de informes de gestión sobre disponibilidad y productividad.	No puede acceder al historial clínico del paciente: historia cronológica y datos sensibles.



27	AMB SOME	Administrativos de SOME Auxiliar de Rehabilitación Enfermera con desempeño en SOME Técnico de enfermería con desempeño en SOME	Agenda - Creación, modificación y supervisión de agendas de profesionales. - Registro de citas, confirmaciones y cancelaciones. - Coordinación de disponibilidad y cupos de atención. Lista de Espera - Gestión de pacientes en espera vinculados a agendas. - Priorización y reasignación de cupos según disponibilidad. Configurar (Administración) - Definición de parámetros de agendas (bloques, tiempos, cupos). - Administración de profesionales y servicios vinculados a SOME. - Coordinación de protocolos de atención y derivaciones. Reportes y Estadísticas - Acceso a indicadores de gestión de agendas. - Elaboración de informes de productividad y cumplimiento.	Historia Clínica (acceso limitado) - Visualización de información básica necesaria para validar citas. - No acceso completo a la ficha clínica, solo lo indispensable para gestión administrativa.
28	AMB Toma de Hora	Administrativos SOME Coordinadora de APS y Subrogantes Enfermera y TENS con desempeño en SOME Jefe de Gestión de Atención Usaria 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.	Agenda - Registro de nuevas citas para pacientes. - Confirmación y reasignación de horas según disponibilidad. - Cancelación de citas cuando corresponde. Lista de Espera - Incorporación de pacientes en espera cuando no hay cupos disponibles. - Priorización y asignación de horas desde la lista de espera. Configurar (Administración – acceso parcial) - Definición de parámetros de agendas (bloques, tiempos de atención). - Coordinación con SOME y equipos administrativos para asegurar disponibilidad.	Historia Clínica (acceso limitado) - Visualización de datos básicos del paciente para validar la citación. - No acceso completo a la ficha clínica, solo lo indispensable para gestión administrativa.
30	AMB Clínico	Educadora de Párvulos. Psicólogo/a TM laboratorio Técnicos Nivel Superior de Enfermería Técnicos en Odontología Técnicos de Laboratorio Trabajador Social	Agenda - Visualización de citas asignadas al profesional clínico. - Registro de asistencia y cierre de consultas. - Reagendamiento de controles en coordinación con SOME. Lista de Espera (según especialidad) - Incorporación de pacientes derivados a controles clínicos. - Priorización de casos según criterios médicos. Farmacia (acceso limitado) - Validación de recetas electrónicas. - Prescripción de medicamentos vinculados a la ficha clínica. Entrega de Alimentos (si corresponde, ej. nutrición/matrona) - Registro y control de suplementos nutricionales en programas PNAC/PACAM. Configurar (Administración – acceso parcial) - Vinculación de pacientes a programas de salud específicos. - Coordinación con equipos multidisciplinarios.	Historia Clínica - Registro completo de consultas y procedimientos clínicos. - Ingreso de diagnósticos, tratamientos y evolución. - Solicitud de exámenes y derivaciones.



31	CER Turnero Agenda	Administrativos SOME. Enfermeros y TENS con desempeño en SOME.	Agenda • Registro y asignación de turnos a pacientes. • Visualización de agendas de profesionales y servicios. • Confirmación, modificación y cancelación de citas. Lista de Espera • Incorporación de pacientes cuando no hay cupos disponibles. • Priorización y reasignación de turnos según criterios administrativos. Configurar (Administración – acceso parcial) • Definición de parámetros de agendas (bloques, tiempos de atención, cupos). • Coordinación con SOME y equipos administrativos. Reportes y Estadísticas (submódulo dentro de Administración) • Acceso a indicadores de gestión de turnos y agendas. • Elaboración de informes de productividad y cumplimiento.	Historia Clínica (acceso limitado) • Visualización de datos básicos del paciente para validar citas. • No acceso completo a la ficha clínica, solo lo indispensable para gestión de turnos.
----	-----------------------	---	--	---



32	CER Turnero Farmacia	Técnicos Nivel Superior de Enfermería asociados a botiquín.	Farmacia - Registro y validación de recetas electrónicas. - Asignación de turnos para retiro de medicamentos. - Control de dispensación y seguimiento de entregas. Bodega Central (acceso limitado) - Visualización de stock disponible para turnos de farmacia. - Solicitud de reposición de insumos cuando corresponde. Agenda - Coordinación de turnos de pacientes vinculados a la farmacia. - Confirmación y reasignación de citas relacionadas con la entrega de medicamentos. Lista de Espera - Registro de pacientes en espera de atención farmacéutica. - Priorización de casos según disponibilidad de stock o urgencia. Configurar (Administración – acceso parcial) - Definición de parámetros de turnos en farmacia. - Coordinación con SOME y equipos administrativos.	Historia Clínica (acceso parcial) - Visualización de prescripciones médicas necesarias para validar la entrega. - No acceso completo a la ficha clínica, solo lo indispensable para la gestión de medicamentos.
33	Gestión de agendas	Jefe de Unidad de Gestión Usuaría y Subrogantes. Jefes de programas y Subrogantes.	Agenda - Creación y modificación de agendas de profesionales. - Administración de cupos, bloques y tiempos de atención. - Supervisión de disponibilidad y reasignación de citas. Lista de Espera - Gestión de pacientes en espera vinculados a agendas. - Priorización y asignación de cupos según criterios administrativos o clínicos. Configurar (Administración) - Definición de parámetros de agendas (bloqueos, tiempos, cupos). - Administración de profesionales y servicios vinculados. - Coordinación con SOME y otros perfiles administrativos. Reportes y Estadísticas - Acceso a indicadores de gestión de agendas.	Historia Clínica (acceso limitado) - Visualización de datos básicos de pacientes para validar citaciones. - No acceso completo a la ficha clínica, solo lo indispensable para gestión administrativa.



34	Gestión de historia clínica	Jefatura de Unidad de Gestión Usuaría y Subrogantes Jefes de programa y Subrogantes Coordinación de APS y Subrogantes Tecnólogo médico	Agenda (acceso complementario) - Revisión de citas vinculadas a la historia clínica. - Validación de que las atenciones registradas correspondan a las citas programadas. Lista de Espera - Supervisión de pacientes en espera de atención clínica. - Validación de derivaciones y su registro en la historia clínica. Configurar (Administración) - Definición de protocolos de registro clínico. - Administración de permisos y perfiles vinculados a la historia clínica. - Coordinación con SOME y equipos clínicos para estandarizar procesos. Reportes y Estadísticas - Acceso a indicadores de calidad de registro clínico. - Elaboración de informes de cumplimiento y auditoría.	Historia Clínica (acceso completo) - Visualización y edición de fichas clínicas. - Validación y cierre de registros clínicos. - Corrección de errores y control de duplicidades.
35	Gestión Derivaciones	Subdirectora de Gestión Asistencial y subrogante. Administrativo de GES. Contralores	Lista de Espera - Registro y seguimiento de pacientes derivados. - Priorización de casos según criterios clínicos o administrativos. - Actualización del estado de derivaciones (pendiente, aceptada, rechazada, resuelta). Agenda - Coordinación de citas vinculadas a derivaciones. - Reasignación de cupos según disponibilidad de profesionales o servicios. Configurar (Administración) - Definición de protocolos de derivación. - Administración de perfiles y servicios que reciben derivaciones. - Coordinación con SOME y equipos clínicos. Reportes y Estadísticas - Acceso a indicadores de gestión de derivaciones. - Elaboración de informes de cumplimiento, tiempos de resolución y trazabilidad.	Historia Clínica (acceso parcial) - Visualización de antecedentes clínicos necesarios para validar la derivación. - Registro de cierre de derivaciones en la ficha del paciente.



36	URG Enfermera/o	Enfermeros que realizan atención en Unidad de Urgencia	Urgencia - Módulo específico para la gestión de pacientes en urgencia. - Clasificación y registro de triage. - Control de tiempos de atención y derivaciones internas. Agenda (acceso parcial) - Visualización de turnos y coordinación de atenciones urgentes. - Registro de asistencia y cierre de episodios vinculados a urgencia. Farmacia (limitado) - Validación de administración de medicamentos prescritos en urgencia. - Registro de insumos utilizados en procedimientos.	Historia Clínica - Registro de atenciones de urgencia. - Ingreso de signos vitales, procedimientos de enfermería y evolución inmediata. - Validación de indicaciones médicas y administración de tratamientos.
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	Urgencia - Supervisión de la clasificación de pacientes (triage). - Control de tiempos de atención y derivaciones internas. - Validación de cierres de casos en urgencia. Agenda (acceso complementario) - Coordinación de turnos y disponibilidad de profesionales en urgencia. - Revisión de citas vinculadas a derivaciones desde urgencia. Farmacia (limitado) - Supervisión de prescripciones y administración de medicamentos en urgencia. - Control de insumos utilizados en procedimientos críticos. Configurar (Administración) - Definición de protocolos de atención en urgencia. - Administración de parámetros de gestión y coordinación con equipos clínicos. Reportes y Estadísticas - Acceso a indicadores de gestión de urgencia (tiempos de triage, resolución de casos, derivaciones). - Elaboración de informes de cumplimiento y calidad de atención.	Historia Clínica (acceso parcial) - Visualización de registros clínicos vinculados a urgencia. - Validación de que las atenciones estén correctamente documentadas.



38	URG Kinesiólogo	Kinesiólogos que realicen atención en Unidad de Urgencia.	Urgencia - Módulo específico para la gestión de pacientes en urgencia. - Registro de intervenciones kinésicas vinculadas al episodio agudo. - Coordinación con médicos y enfermería en el manejo integral del paciente. Agenda (acceso parcial) - Visualización de turnos y coordinación de atenciones kinésicas en urgencia. - Registro de controles posteriores cuando corresponde. Farmacia (limitado) - Validación de insumos utilizados en procedimientos kinésicos. - Registro de administración de recursos terapéuticos vinculados a la atención.	Historia Clínica - Registro de evaluaciones kinésicas en urgencia. - Ingreso de procedimientos realizados (ej. técnicas respiratorias, movilización, apoyo funcional). - Seguimiento de evolución inmediata del paciente.
39	URG Matrón/a	Matrones que realicen atención en Unidad de Urgencia.	Urgencia - Módulo específico para la gestión de pacientes en urgencia. - Clasificación y registro de triage obstétrico. - Control de tiempos de atención y derivaciones internas. Agenda (acceso parcial) - Visualización de turnos y coordinación de atenciones obstétricas en urgencia. - Registro de controles posteriores cuando corresponde. Farmacia (limitado) - Validación de prescripciones y administración de medicamentos en urgencia. - Registro de insumos utilizados en procedimientos obstétricos. Entrega de Alimentos (si corresponde, ej. PNAC/PACAM) - Registro de suplementos nutricionales vinculados a programas materno-infantiles.	Historia Clínica - Registro de atenciones de urgencia obstétrica. - Ingreso de antecedentes gineco-obstétricos, procedimientos y evolución. - Solicitud de exámenes y registro de indicaciones médicas.
40	URG Médicos	Médicos que realicen atención en Unidad de Urgencia	Urgencia - Módulo específico para la gestión de pacientes en urgencia. - Clasificación y seguimiento de casos críticos. - Control de tiempos de atención y resolución de episodios. Agenda (acceso parcial) - Visualización de turnos y coordinación de atenciones médicas en urgencia.	Historia Clínica (acceso completo) - Registro de consultas médicas en urgencia. - Ingreso de diagnósticos, procedimientos y evolución clínica.



			- Registro de controles posteriores cuando corresponde. Farmacia (limitado) - Validación y emisión de recetas electrónicas. - Registro de medicamentos administrados en urgencia. Configurar (Administración – acceso parcial) - Definición de protocolos médicos de atención en urgencia. - Coordinación con enfermería y otros profesionales del equipo. Reportes y Estadísticas - Acceso a indicadores de atención médica en urgencia (tiempos de triage, resolución de casos, derivaciones). - Elaboración de informes de gestión clínica y calidad de atención.	- Solicitud de exámenes y derivaciones. - Prescripción de medicamentos.
41	URG Monitoreo Sala	Subdirección de Gestión Asistencial Enfermera coordinadora de urgencias	Urgencia - Registro de ingreso y evolución de pacientes en sala. - Monitoreo de signos vitales y procedimientos realizados. - Control de tiempos de atención y derivaciones internas. Agenda (acceso limitado) - Coordinación de turnos de atención en sala. - Registro de controles programados vinculados a urgencia. Farmacia (limitado) - Validación de administración de medicamentos prescritos. - Registro de insumos utilizados en procedimientos de monitoreo. Configurar (Administración – acceso parcial) - Definición de protocolos de monitoreo en sala de urgencias. - Coordinación con médicos y enfermería para estandarizar registros. Reportes y Estadísticas - Acceso a indicadores de monitoreo en sala (tiempos de control, evolución de pacientes). - Elaboración de informes de gestión clínica.	Historia Clínica (acceso parcial) - Visualización de antecedentes clínicos relevantes. - Registro de controles de enfermería y monitoreo de pacientes. - Validación de indicaciones médicas aplicadas en sala.



42	URG Paramédicos	Técnicos de Nivel Superior en Enfermería con desempeño en Unidad de Urgencia.	Urgencia - Registro de ingreso y evolución de pacientes en urgencia. - Apoyo en triage y clasificación de pacientes. - Control de tiempos de atención y derivaciones internas. Agenda (acceso limitado) - Visualización de turnos y coordinación de atenciones en urgencia. - Registro de controles vinculados a procedimientos realizados. Farmacia (limitado) - Validación de administración de medicamentos prescritos por médicos. - Registro de insumos utilizados en procedimientos de urgencia.	Historia Clínica (acceso parcial) - Registro de procedimientos básicos realizados por paramédicos. - Ingreso de signos vitales y observaciones clínicas. - Validación de indicaciones médicas aplicadas.
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.	Urgencia - Registro de ingreso de pacientes al servicio de urgencia. - Asignación de número de atención y vinculación con triage. - Coordinación inicial con el equipo clínico. Agenda (acceso parcial) - Coordinación de turnos de atención en urgencia. - Registro de controles vinculados a la admisión. Lista de Espera - Incorporación de pacientes en espera de atención en urgencia. - Priorización según clasificación de triage. Configurar (Administración – acceso parcial) - Definición de parámetros de admisión y protocolos de ingreso. - Coordinación con SOME y equipos clínicos. Reportes y Estadísticas - Acceso a indicadores de admisión en urgencia (tiempos de ingreso, flujo de pacientes). - Elaboración de informes de gestión administrativa.	Historia Clínica (acceso limitado) - Visualización de datos básicos del paciente (identificación, antecedentes relevantes). - No acceso completo a la ficha clínica, solo lo indispensable para admisión.



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.

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**.

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



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

- 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.

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



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.

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.

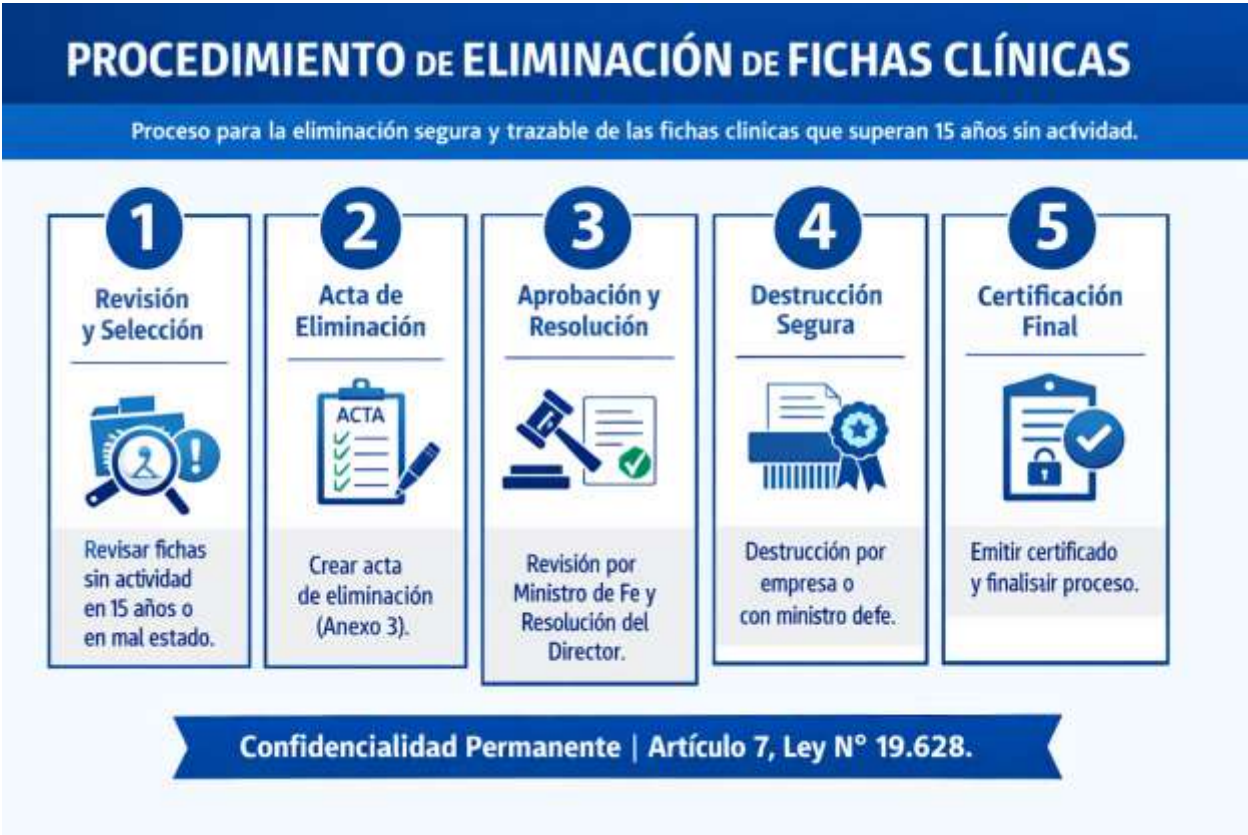
i. Procedimiento de Eliminación de Fichas Clínicas

- 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.



8.1. 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.



			Médico de Cirugía Menor	Médico de Cirugía Menor.	72 horas hábiles desde que se emite el consentimiento informado. Documento original se envía a archivo clínico.	"Documentos".		
6	PROGRAMA CHCM	i. Consentimiento informado de Visita Domiciliaria	Profesional clínico que realiza la atención	Profesional clínico que realiza la atención.	24 horas hábiles.	A través de ficha clínica electrónica AVIS, en la pestaña "Documentos".	Todo personal clínico con acceso a ficha clínica electrónica.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
7	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.	A través de ficha clínica electrónica AVIS, en la pestaña "Documentos".	Todo personal clínico con acceso a ficha clínica electrónica.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
8	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.	A través de ficha clínica electrónica AVIS, en la pestaña "Documentos".	Todo personal clínico con acceso a ficha clínica electrónica.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
9	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.	A través de ficha clínica electrónica AVIS, en la pestaña "Documentos".	Todo personal clínico con acceso a ficha clínica electrónica.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
10	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.	A través de ficha clínica electrónica AVIS, en la pestaña "Documentos".	Todo personal clínico con acceso a ficha clínica electrónica.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.



11	PROGRAMA DENTAL	i. Consentimiento informado tratamiento de ortodoncia fija	Odontólogo referente del Programa de Ortodoncia.	Odontólogo referente del Programa de Ortodoncia.	24 horas hábiles.	A través de ficha clínica electrónica AVIS, en la pestaña "Documentos".	Todo personal clínico con acceso a ficha clínica electrónica.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
12	UNIDAD DE VACUNATORIO	i. Registro de Vacunas Programáticas.	TENS y Enfermera que administra.	TENS y Enfermera que administra.	72 horas hábiles.	A través de ficha clínica electrónica AVIS, en la pestaña "Documentos".	Todo personal clínico con acceso a ficha clínica electrónica.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
13	PROGRAMA MAIS	i. Consentimiento informado para trabajo con Familia	Profesional Programa MAIS.	Profesional Programa MAIS.	Inmediato.	A través de ficha clínica electrónica AVIS, en la pestaña "Documentos".	Todo personal clínico con acceso a ficha clínica electrónica.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
14	UNIDAD DE URGENCIA	i. Asentimiento informado para niños/niñas y adolescentes sobre el acompañamiento en Unidad de Urgencia.	Enfermero categorizador de Unidad de Urgencia	Enfermera coordinadora de Urgencia.	72 horas hábiles desde que se emite el consentimiento informado. Documento original se envía a archivo clínico.	A través de ficha clínica electrónica AVIS, en la pestaña "Documentos".	Todo personal clínico con acceso a ficha clínica electrónica.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
15	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.	A través de ficha clínica electrónica AVIS, en la pestaña "Documentos".	Todo personal clínico con acceso a ficha clínica electrónica.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.



					Cada sector dispondrá de un libro de registro 9de entrega de r10resultados, 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.			
16	ECOTOMOGRFÍA ABDOMINAL	ii. 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.	A través de ficha clínica electrónica AVIS, en la pestaña “Documentos”.	Todo personal clínico con acceso a ficha clínica electrónica.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.



17	CONTRARREFERENCIAS NIVEL SECUNDARIO	iii. 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.	A través de ficha clínica electrónica AVIS, en la pestaña “Documentos”.	Todo personal clínico con acceso a ficha clínica electrónica.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
----	--	-------------------------------------	---	------------------	--	---	---	--





FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL

Código: REG 1.1
Edición: 9
Fecha: 21-07-2026
Página 60 de 76
Vigencia: 21-07-2031

9.2. TABLA 4: ARCHIVOS SATÉLITES VINCULADOS A FICHA CLÍNICA SOPORTE PAPEL

N°	UNIDAD/ PROGRAMA	RESPONSABLE DE LA CUSTODIA	NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTAMENTOS CON ACCESO	MODALIDAD DE ACCESO	CUSTODIA	ENTREGA DE INFORMACION A USUARIOS
1	CTA	Coordinadora CTA	Fichas PAB (Se incluye documentación de egreso como epicrisis, informe egreso y, eventualmente renuncia voluntaria).	Equipo clínico en desempeño de CTA	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
			Fichas PAI (Se incluye documentación de egreso como epicrisis, informe egreso y, eventualmente renuncia voluntaria).	Equipo clínico en desempeño de CTA	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
			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, toma de test de drogas y resultado.	Equipo clínico en desempeño de CTA	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.



2	ECICEP	Jefa Programa ECICEP	Cartola familiar	Personal clínico asociado a atención primaria.	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
3	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.	Personal clínico en desempeño en Hospitalización Domiciliaria.	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
4	PROGRAMA ADOLESCENTE	Jefe de Programa Adolescente	Consentimiento informado Control Adolescente realizado de manera extramural.	Personal clínico con desempeño en Programa Adolescente de manera extramural.	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.



5	PROGRAMA CHILE CRECE MÁS	Educadora Sala de Estimulación	Consentimiento informado de Ingreso a Sala de Estimulación	Personal clínico asociado al programa Chile Crece Más.	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
			i. Consentimiento informado Visita Domiciliaria Integral asociada a CHCM. ii. Documento de Rechazo a Modalidad de Sala Estimulación (MADIS).			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.	
6	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.	Personal clínico asociado a Dependencia Severa.	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.



7	PROGRAMA INFANTIL	Jefa Programa Nacional Infancia	i. Cartola Infantil	Personal clínico asociado a Atención Primaria.	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
			i. Puntaje de riesgo de morir por Neumonía (Score IRA-Grave) ii. Consentimiento informado de Visita Domiciliaria Integral			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.	



8	PROGRAMA MAIS	Jefa de Programa MAIS	i. Cartola Familiar ii. Consentimiento informado para trabajo con Familia	Personal clínico asociado a Atención Primaria.	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
9	PROGRAMA MAS ADULTO MAYOR AUTOVALENTE	Jefe de Programa MAS	i. Consentimiento informado ii. Pauta de ingreso	Personal clínico asociado a APS	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.



10	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.	Personal clínico con desempeño relacionado al programa PROCET.	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
						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.	
11	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.	Personal clínico con desempeño relacionado a Programa de Protección Especializada	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
						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.	



12	PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Jefa de Programa de Salud Sexual y Reproductiva	iii. Mamografías y/o examen imagenológico mamario.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
			i. Cartola de Gestantes.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
			i. Nómina Resultados PAP ii. Nómina solicitudes VIH – Gestantes iii. Nómina solicitudes VIH – Morbilidad	Matrones con desempeño en Atención Primaria.	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
			i. Consentimiento de toma de examen TR- VIH ii. Consentimiento de Procedimiento	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	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.



					• 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	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.



13	PROGRAMA ODONTOLÓGICO	Jefe Programa Odontológico	i. Consentimiento informado Programa Enseñanza Media	Odontólogos y TONS con desempeño en Atención Primaria	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
		Profesional que entrega constancia	i. Constancia GES firmado.	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.	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	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.	
14	UNIDAD DE DIÁLISIS	Coordinadora Unidad de Diálisis	i. Fichas de diálisis	Personal clínico, enfermeros y TENS con desempeño en diálisis.	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.



15	UNIDAD DE GES	Administrativo GES	i. Constancia GES ii. Prestaciones GES iii. Cierre de Caso	Personal médico y administrativo con desempeño en GES.	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
16	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	Personal clínico con desempeño en sala de rehabilitación.	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
			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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
			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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.



		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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
17	UNIDAD DE TOMA DE MUESTRAS	Jefe Sala de Toma de Muestras	Libro de Resultados Críticos.	Personal con desempeño en Toma de Muestras	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
18	LAVADO DE OÍDOS	Médico encargado	Consentimiento Informado Lavado de Oídos.	Personal clínico con desempeño en APS	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
19	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	Médico Contralor	i. Contrarreferencia Nivel Secundario.	Médico tratante en consulta	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
			ii. Ecotomografía Abdominal. iii. Endoscopia Digestiva Alta.			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.	



20	BOTIQUÍN	Auxiliar de Farmacia (TENS)	i. Copia de receta de medicamentos controlados firmada.	Auxiliar de Farmacia y Químico Farmacéutico	Se envía una solicitud por correo institucional a jefatura de Unidad o Programa Respectivo.	En la oficina del Químico Farmacéutico (QF): • Carpeta “Recetas despachadas Benzodicepinas”. • 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.	Solicitar a través de OIRS presencial o virtual.
			ii. Registro de despacho diario de medicamentos a pacientes hospitalizados.			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.
- 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.
- 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



12. PLANILLA DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTO

N° EDICIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN	RESPONSABLES
1	30-12-15	Creación	Ricardo Fuenzalida Diaz, Enfermero jefe Unidad de Gestión y Atención de usuarios Sandra Sánchez, Enfermera.
2	20-12-16	Modificación desarrollo	Ricardo Fuenzalida Diaz, 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 Diaz, Enfermero jefe Unidad de Gestión y Atención de Usuarios.
4	04-03-2019	Modificación - Desarrollo	Ricardo Fuenzalida Diaz, 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	02-01-2026	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	21-07-2026	Se eliminan plataformas informáticas Ministeriales.	María Jesús Cruz, Jefa de Unidad de Gestión y Atención de Usuarios.



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 Usuaría 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

