**Protocolo de registros clínicos CESFAM José Joaquín Aguirre y posta de salud rural de San Vicente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELABORADO** | **REVISADO** | **APROBADO** |
| Dionisio Césped RamírezJefe de SOMECESFAM José Joaquín AguirreIlustre Municipalidad de Calle Larga  | Dina Guerra CamposEncargada de Calidad CESFAM José Joaquín AguirreIlustre Municipalidad de Calle Larga |  Natalia Rios RojasDirectora CESFAM José Joaquín AguirreIlustre Municipalidad de Calle Larga  |
| 03/01/2023 | 04/01/2023 | 04/01/2023 |

**1-. Objetivo**

Estandarizar el tipo de registro y los contenidos mínimos que deben contener las atenciones realizadas en CESFAM José Joaquín Aguirre y Posta de salud rural de San Vicente.

**2-. Alcance**

Este protocolo está dirigido a todos los profesionales que realizan atención de consultas de pacientes.

**3-. Responsable de la ejecución**

|  |  |
| --- | --- |
| Jefe de SOME | Elaboración y actualización de documento.Velar por el cumplimiento de este protocolo. |
| Personal que realiza atención de consulta al usuario | Responsable de conocer y aplicar este protocolo a toda atención que realice. |

**4-. Desarrollo**

Características del registro clínico:

Todo registro clínico debe ser legible, evitando el uso de abreviaturas, especialmente en el diagnóstico.

A continuación se detallan los contenidos mínimos por cada área y sus responsables según área:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de atención** | **Responsable del llenado** | **Contenidos mínimos** |
| **Consultas profesionales** | **Profesional que brinda atención** | * Fecha y Hora de la Atención.
* Nombres y dos apellidos (si procede), RUT o N° de pasaporte para el caso de pacientes extranjeros de transito en el país o aquellos pacientes extranjeros que se encuentren en espera del RUN provisorio o definitivo.
* Motivo de consulta
* Anamnesis
* Indicaciones.
* Actividad según REM cuando corresponda.
* Examen físico si procede.
* Interconsultas si procede.
* Exámenes si procede.
* Diagnostico o hipótesis diagnostica.
* Nombre completo de quien realiza atención clínica y profesión.
 |
| **Interconsulta** | **Profesional médico, odontólogo y/o matrón.** | * Fecha y hora de la derivación
* Identificación del paciente (nombre, primer apellido e inicial del segundo, RUN o RUN transitorio para aquellos usuarios extranjeros que se encuentran a la espera de su RUN definitivo.
* Edad
* Institución a la que se envía.
* Especialidad a la que se envía.
* Hipótesis diagnóstica y/o diagnóstico.
* Nombre, Rut y Firma del profesional que emite la interconsulta.
 |
| **Atención de urgencia** | **Profesional médico y TENS de categorización de Urgencias** | * Fecha y Hora de la Atención.
* Nombres y dos apellidos (si procede), RUT o N° de pasaporte para el caso de pacientes extranjeros de tránsito en el país o aquellos pacientes extranjeros que se encuentren en espera del RUN provisorio o definitivo.
* Categorización y hora de categorización
* Anamnesis.
* Examen físico.
* Evolución clínica
* Hipótesis diagnóstica/ diagnostico
* Registro indicaciones médicas
* Exámenes, si procede.
* Procedimientos realizados, si procede.
* Hora de ingreso y hora de alta.
* Indicaciones al alta o derivación
* Nombre y RUN Médico
 |
| **Registro de consultas de atención dental.** | **Profesional Odontólogo** | * Nombres y dos apellidos (si procede), RUT o N° de pasaporte para el caso de pacientes extranjeros de tránsito en el país o aquellos usuarios extranjeros que se encuentren en espera del RUN provisorio o definitivo.
* Anamnesis
* Motivo de consulta.
* Diagnostico o hipótesis diagnostica.
* Tratamiento realizado si corresponde
* Nombre completo de quien realiza atención clínica y profesión.
 |

**5.- Distribución**

a. Dirección del establecimiento

b. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente

c. Subdirecciones del establecimiento

d. Encargado/a MAISF

e. Encargados/as de Programa

f. Encargados/as de Sector

g. Encargados/as de Posta

h. Encargados/as de Unidad

**6-. Tabla de Modificaciones**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Edición número** | **Motivo del cambio** | **Fecha de aprobación** |
| Primera | Elaboración de Documento | 03-01-2023 |
| Segunda |  | Día de mes de año |
| Tercera |  | Día de mes de año |