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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELABORADO** | **REVISADO** | **APROBADO** |
| Dionisio Césped Ramírez  Jefe de SOME  CESFAM José Joaquín Aguirre  Ilustre Municipalidad de Calle Larga | Dina Guerra Campos  Encargada de Calidad  CESFAM José Joaquín Aguirre  Ilustre Municipalidad de Calle Larga | Natalia Rios Rojas  Directora  CESFAM José Joaquín Aguirre  Ilustre 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 |