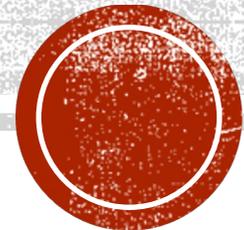




Tema 8.- Documentación sanitaria: clínica y no clínica. Sistemas de información utilizados en atención primaria y especializada: generalidades. Servicio de admisión y atención al usuario: funcionamiento. El consentimiento informado.

Laura Carretero



ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN SANITARIA CLÍNICA Y NO CLÍNICA.

Documentación Sanitaria: Conjunto de documentos elaborados durante el ejercicio de las distintas actividades de atención a los pacientes y a causa de las gestiones administrativas relacionadas con ella

Clínica: Relacionada directamente con la asistencia sanitaria (HISTORIA CLÍNICA)

No Clínica: Relacionada con la gestión asistencial administrativa o social



ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN SANITARIA CLÍNICA Y NO CLÍNICA.

- DOCUMENTACIÓN SANITARIA CLÍNICA: HISTORIA CLÍNICA
 - CONJUNTO DE DATOS O DOCUMENTOS QUE CONTIENEN DATOS, VALORACIONES, INFORMES DE LA SITUACIÓN Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE A LO LARGO DEL PROCESO ASISTENCIAL



- Instrumento básico que permite recoger la información clínica del paciente
- Conjunto de TODA la información clínica



ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN SANITARIA CLÍNICA Y NO CLÍNICA.

Información
Clínica

- **TODOS** DATOS que permite adquirir conocimientos sobre el estado de salud de una persona

Historia Clínica

- **CONJUNTO DE LOS DOCUMENTOS** relativos a los procesos asistenciales de pacientes

Documentación
Clínica

- **SOPORTE** que contiene un conjunto de datos en informaciones de la asistencia



LA HISTORIA CLÍNICA

- **¿QUE CONTIENE?** : Información trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Datos verdaderos: PRUEBA JUDICIAL
- **¿FINALIDAD** : FACILITAR LA ASISTENCIA SANITARIA
- Su cumplimentación es RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVENGAN EN ELLA



LA HISTORIA CLÍNICA

- ¿Fines del acceso?

- Judiciales
- Epidemiológicos
- Salud Pública
- Investigación
- Docencia

Preservar datos de carácter personal (Excepto consentimiento e investigación judicial)

- ¿ACCESO DEL PERSONAL DE ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN?

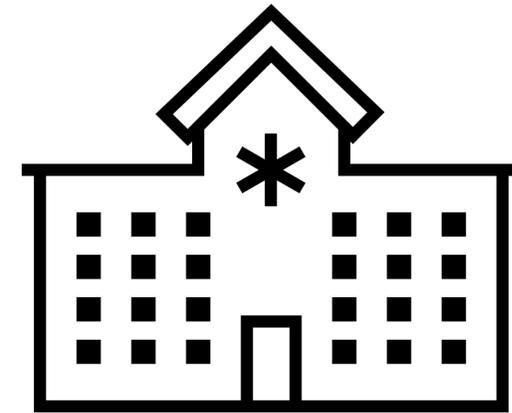
- Acceso solo a los DATOS RELACIONADOS CON SUS PROPIAS FUNCIONES



LA HISTORIA CLÍNICA

▪ ¿Contenido Mínimo?

- ✓ Autorización de ingreso
- ✓ Informe de Urgencia
- ✓ CONSENTIMIENTO INFORMADO
- ✓ Informe de anestesia
- ✓ Informe de quirófano o de registro del parto
- ✓ Informe de anatomía patológica
- ✓ Gráfico de constantes
- ✓ Informe clínico de alta



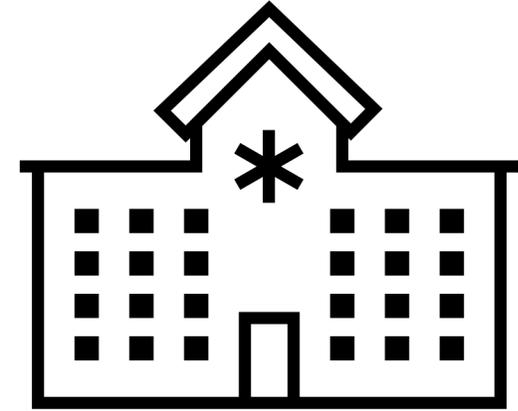
Hospitalizacion



LA HISTORIA CLÍNICA

▪ ¿Contenido Mínimo?

- ✓ Documentación relativa a la hoja clínico estadística
- ✓ La anamnesis y la exploración física
- ✓ La evolución
- ✓ Las órdenes medicas
- ✓ La hoja de interconsulta
- ✓ Informes de exploraciones complementarias
- ✓ Evolución y planificación de cuidados de enfermería
- ✓ Aplicación terapéutica de enfermería



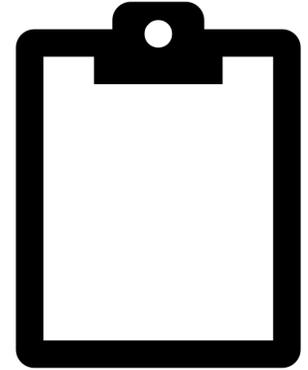
Hospitalizacion



At. Primaria



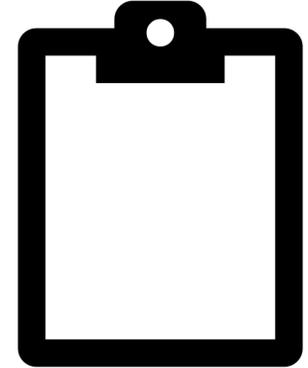
LA HISTORIA CLÍNICA



- ¿Quién tiene deber de Secreto?
 - El personal que accede en el ejercicio de sus funciones
- **Conservación:**
 - Los CENTROS SANITARIOS tienen la obligación de conservar la documentación clínica como mínimo 5 AÑOS desde la fecha de alta del proceso asistencial
 - Excepto datos relacionados con el nacimiento (NO SE DESTRUYEN NUNCA)



LA HISTORIA CLÍNICA



- **RESERVA DE ACCESO:**
 - Perjuicio a terceras personas
 - Anotaciones subjetivas

- **Acceso de la Historia de Fallecidos**
 - Sólo **PERSONAS VINCULADAS** por razones Familiares o de Hecho (excepto prohibición expresa por el fallecido)



SISTEMAS DE INFORMACIÓN UTILIZADOS EN AT. ESPECIALIZADA Y AT. PRIMARIA

■ Definición:

- Herramienta que permite recoger, procesar, analizar, interpretar y transmitir la información que nos permita decidir sobre las actividades propias del ámbito sanitario: planificar, gestionar, evaluar e investigar



■ Objetivo:

- Interpretación de los datos recogidos
- Facilitar el acceso y el uso de la información



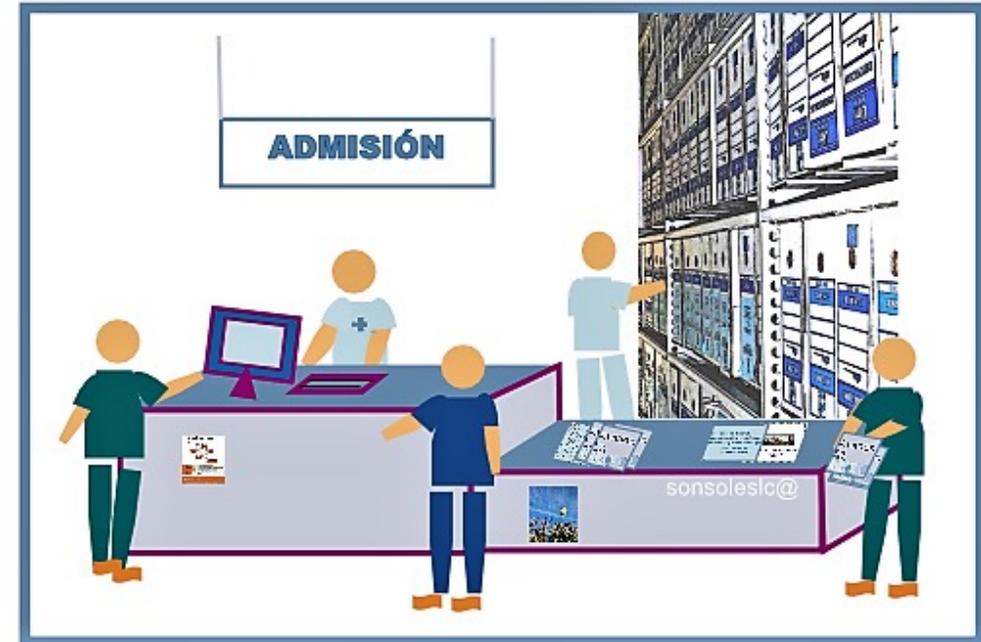
SISTEMAS DE INFORMACIÓN UTILIZADOS EN AT. ESPECIALIZADA Y AT. PRIMARIA

| HC Hospitalaria | HC At. Primaria |
|---|---|
| Centrada ENFERMEDAD | Centrada en los PROBLEMAS DE SALUD |
| Orientada al DIAGNÓSTICO | Orientada a la IDENTIFICACIÓN de PROBLEMAS DE SALUD |
| Diseño CERRADO | Diseño ABIERTO |
| Actividades r/c RECUPERACIÓN SALUD | Actividades r/c PREVENCIÓN y PROMOCIÓN |
| Factores sociales y familiares poca importancia | Factores sociales y familiares GRAN IMPORTANCIA |



SERVICIO DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO: FUNCIONAMIENTO

- TODO INGRESO O CONSULTA se realiza a través de la Unidad de ADMISIÓN (Adscrita a la Dirección gerencia o médica)
- En AT. PRIMARIA: SERVICIO DE RECEPCIÓN
- El usuario recibe asistencia:
 - Régimen de Hospitalización: Adm general, de ingresos o de hospitalización
 - Régimen asistencia a Urgencias: Admisión de Urgencias
 - Régimen ambulatorio: Admisión consultas



SERVICIO DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO: FUNCIONAMIENTO

ADMISIÓN DE INGRESOS: FUNCIONES:

- Gestión de camas de Hospitalización:
 - Asignación de camas
 - Organización lista de espera
 - Aviso a pacientes (día y hora ingreso)
 - Recepción y registro pacientes
- Identificación de los pacientes
- Control y autorización de traslados (no si Urgente)
- Control y autorización de altas
- Custodia pertenencias (Si urgencias)



SERVICIO DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO: FUNCIONAMIENTO

- ADMISIÓN DE URGENCIAS:
FUNCIONES:
 - Recepción y registro pacientes
 - Remisión al servicio correspondiente
 - Determinación del régimen económico provisional
 - Custodia pertenencias (Si urgencias)



SERVICIO DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO: FUNCIONAMIENTO

- ADMISIÓN DE CONSULTAS:
FUNCIONES:
 - Recepción pacientes (cita con indicación médica)
 - Coordinación de consultas
 - Programación



SERVICIO DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO: FUNCIONAMIENTO

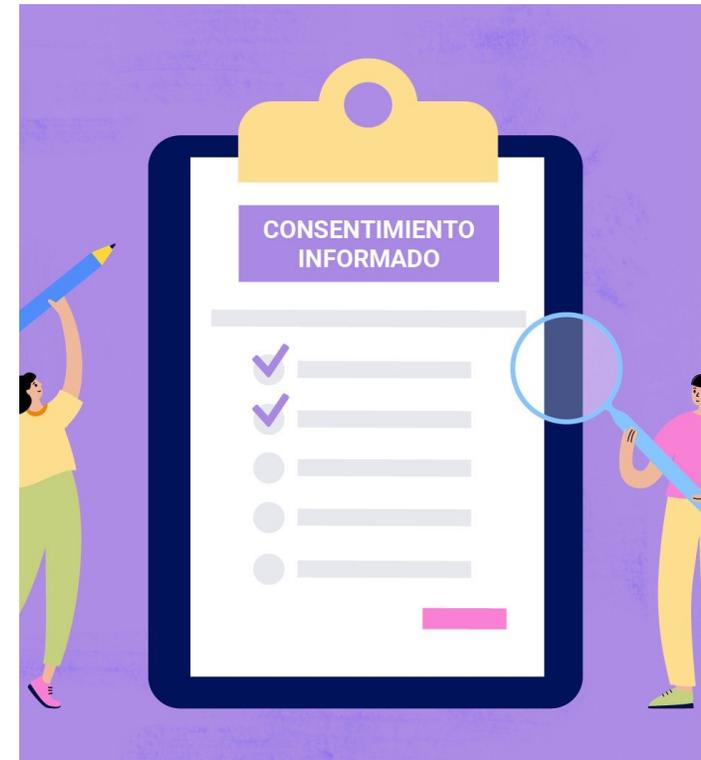
ADMISIÓN DE ATENCIÓN AL PACIENTE: FUNCIONES:

- Orientación al usuario:
 - Ubicación de los servicios, horarios
 - Horas de visita
 - Medios de transporte etc.
- TUTELAN el cumplimiento de los derechos de los usuarios ✓ Atención a familiares
- Canalizar quejas, reclamaciones y sugerencias



CONSENTIMIENTO INFORMADO: CONCEPTO

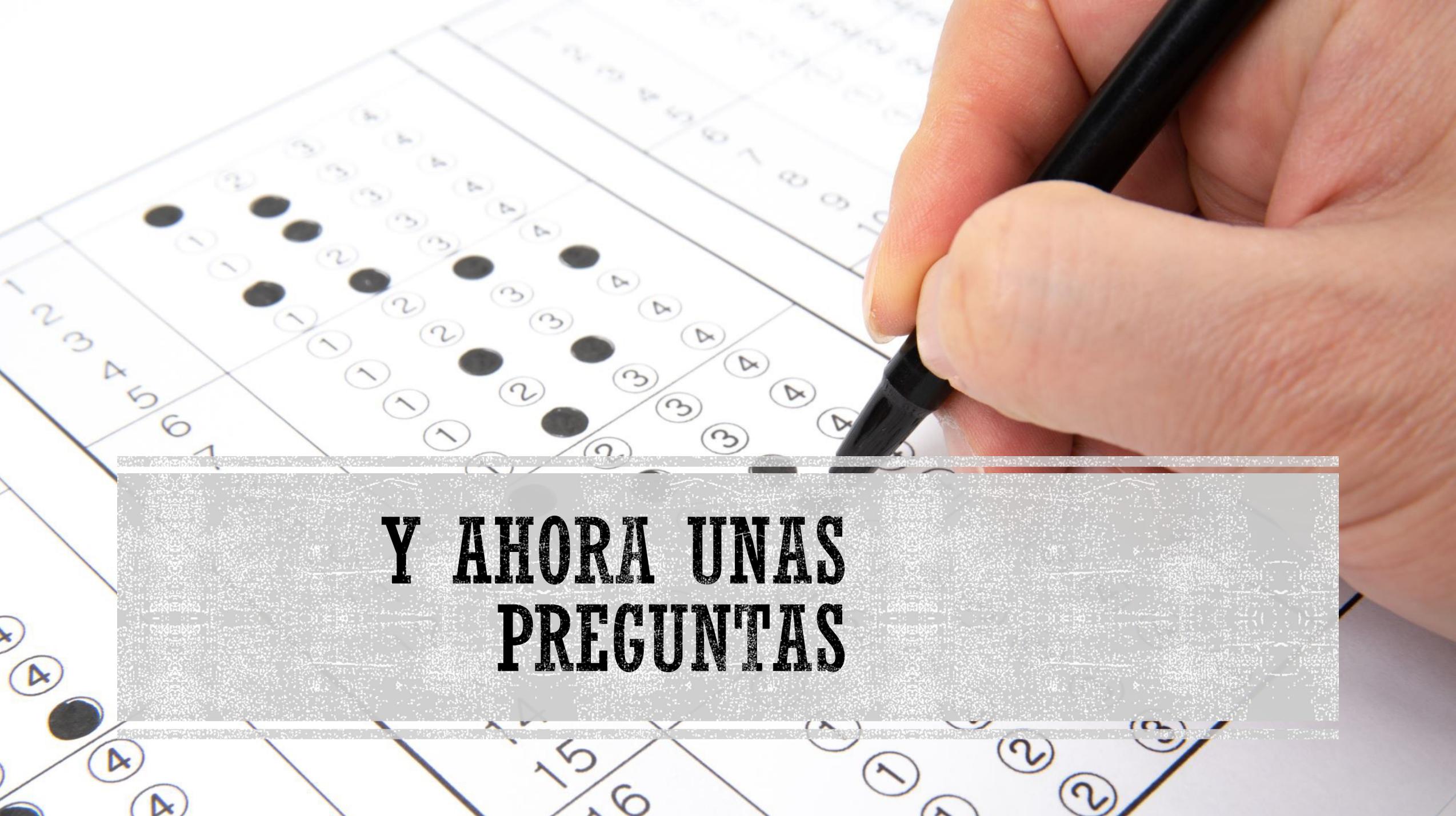
- Ley de Autonomía del paciente 41/2002, 14 Noviembre
- Definición:
 - Conformidad libre, voluntaria y consciente, después de una información ADECUADA
- Como es la información:
 - Verbal, dejando constancia por escrito.
 - VERDADERA, COMPENSIBLE y ADECUADA
- Se revoca POR ESCRITO



CONSENTIMIENTO INFORMADO: CONCEPTO

- **COMO ES EL CONSENTIMIENTO:**
 - VERBAL, por regla general
 - Por escrito si:
 - Intervención quirúrgica
 - Procedimientos diagnósticos o terapéuticos INVASIVOS
 - Procedimientos que supongan RIESGOS
- **Consentimiento por representación:**
 - Si ECA o FIV: hasta los 18 años
 - No se da si:
 - Menores emancipados (> 15 años)
 - Mayores de 16 años



A close-up photograph of a hand holding a black pen, writing on a grid of numbers. The grid consists of rows and columns of numbers, with some cells containing black dots. The numbers are arranged in a pattern that suggests a mathematical or logical puzzle. The hand is positioned on the right side of the frame, and the pen is pointing towards the bottom right. The background is a white grid with numbers and dots.

**Y AHORA UNAS
PREGUNTAS**

DENTRO DE LOS OBJETIVOS DEL SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE SE ENCUENTRA:

- a) Mediar en las situaciones de conflicto que se puedan producir durante el proceso asistencial
- b) Facilitar el documento de alta voluntaria si un paciente desea abandonar el hospital en contra del criterio médico
- c) Dar información de la patología o sobre el tratamiento que un paciente requiere
- d) Gestionar el traslado al domicilio en transporte sanitario si un paciente lo necesita



LOS CENTROS SANITARIOS TIENEN LA OBLIGACIÓN DE CONSERVAR LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN CONDICIONES QUE GARANTICEN SU CORRECTO MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD, COMO MÍNIMO:

- a) Un año contado desde la fecha del alta de cada proceso asistencial
- b) Cinco años contados desde la fecha de alta de cada proceso asistencial
- c) Un mes por seguridad
- d) Diez años en todos los casos



¿QUÉ DOCUMENTOS FORMAN PARTE DE LA DOCUMENTACIÓN NO CLÍNICA?

- a) Documentos de enfermería, antecedentes personales y documentos médicos
- b) Informes de urgencias, órdenes medicas y consentimiento informado
- c) Autorización de ingreso, hoja de interconsulta y anamnesis
- d) Notificación de cita, justificante de asistencia y partes de incapacidad temporal



EL CONSENTIMIENTO INFORMADO HA DE SER POR ESCRITO:

- a) Especialmente en los casos de urgencia vital
- b) Cuando el paciente no está en pleno uso de sus facultades
- c) En intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores
- d) Es indiferente si es verbal o por escrito en cualquier procedimiento que se vaya a realizar



¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS FORMA PARTE DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE UN PACIENTE?

- a) Receta médica
- b) Impreso de reclamaciones
- c) Hoja de interconsulta
- d) Petición de dietas



¿QUÉ TIPO DE DOCUMENTO ES LA TARJETA DE CITACIÓN?

- a) Documento no clínico
- b) Documento clínico de uso sistemático
- c) Documento extrahospitalario
- d) Documento clínico de uso ocasional



INDIQUE LA RESPUESTA INCORRECTA, EN RELACIÓN AL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

- a) El consentimiento, por regla general, será verbal
- b) Se requiere el consentimiento escrito del paciente antes de cualquier intervención quirúrgica
- c) Se requiere el consentimiento escrito del paciente antes de cualquier procedimiento terapéutico invasor
- d) No se requiere consentimiento escrito del personal antes de cualquier procedimiento diagnóstico invasor



LA ADMINISTRATIVA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL..

- A) No puede acceder a la Historia Clínica de los pacientes de Medicina Interna.
- B) Puede acceder a aquellos datos de la Historia Clínica que consienta el paciente.
- C) Puede acceder a todos los datos de la Historia Clínica.
- D) Puede acceder solo a aquellos datos de la Historia Clínica relacionados con sus propias funciones.



PODEMOS DEFINIR LA ANAMNESIS COMO:

A) Observaciones obtenidas a partir de la historia médica.

B) La ingesta alimentaria.

C) Ritmo cardiaco.

D) Tensión arterial.



LA LEY 41/2002, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA ESTABLECE LA OBLIGACIÓN DE OBTENER EL CONSENTIMIENTO LIBRE Y VOLUNTARIO DEL PACIENTE:

- A) Sólo en los casos de intervención quirúrgica.
- B) Solo en casos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores.
- C) Solo en los casos de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
- D) Para toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente.



EL CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PACIENTE POR REGLA GENERAL:

a) Será por escrito

b) Será verbal

c) Dependiendo del criterio médico será escrito o verbal

d) Nunca podrá ser revocado



LOS CENTROS SANITARIOS ESTÁN OBLIGADOS A CONSERVAR LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DURANTE UN PERIODO MÍNIMO DE:

- a) 5 años
- b) 1 año
- c) 18 meses
- d) 10 años



SEÑALE LA OPCIÓN CORRECTA RESPECTO A LA HISTORIA CLINICA EN ATENCIÓN PRIMARIA:

- a) Tiene un diseño cerrado
- b) Está orientada a la identificación de problemas de salud
- c) Los factores sociales y familiares tienen una importancia relativa
- d) Está orientada al tratamiento de la enfermedad



¿QUÉ TIPO DE HISTORIA CLÍNICA ESTÁ ENFOCADA A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD?

a) Historia Clínica en Atención Primaria

b) Historia Clínica Integrada

c) Historia Clínica Hospitalaria

d) Historia Clínica Informatizada



DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN BÁSICA SANITARIA, SE PERMITE LA UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA HISTORIA CLÍNICA CON FINES:

- a) Asistenciales, de Investigación y docencia
- b) Asistenciales y de salud pública
- c) De salud pública, epidemiológicos, investigación y docencia
- d) Epidemiológicos y de salud pública



LA TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL CONTIENE, ENTRE OTROS, LOS SIGUIENTES DATOS. SEÑALE LA FALSA

- a) Administración sanitaria que emite la tarjeta
- b) Edad y nacionalidad del titular
- c) Código de identificación personal del titular
- d) Apellidos y nombre del titular de la tarjeta



ENTRE LOS MÍNIMOS DE CALIDAD PARA LAS HISTORIAS CLÍNICAS SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE LA O.M.S. SON:

- a) Identificación clara del paciente y de los profesionales que lo atienden
- b) Fiabilidad, concisión y no accesibilidad
- c) No Legible y no inteligible para personal cualificado
- d) No resistencia al deterioro



DE CONFORMIDAD CON LA LEY 3/2001, REGULADORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES, EN EL CONSENTIMIENTO POR SUSTITUCIÓN, EN EL CASO DE LOS FAMILIARES, SE DARÁ PREFERENCIA, EN CASO DE QUE EXISTA:

- a) Al cónyuge o pareja de hecho
- b) Progenitores
- c) Descendientes mayores de edad
- d) Familiares de primer grado por consanguinidad



CONFORME A LA LEY 3/2001, REGULADORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES, LOS DATOS RELATIVOS AL PROCESO EN UNA HISTORIA CLÍNICA DEBEN INCLUIR AL MENOS:

- a) Órdenes medicas
- b) Informe sobre los procedimientos diagnósticos o terapéuticos e interconsultas realizadas
- c) Hoja de evolución y planificación de cuidados de enfermería
- d) Todas las respuestas son correctas



EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA TENEMOS A JOSÉ, UN PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEBIDO A UN TUMOR DE COLON. RESPECTO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO, ¿QUÉ ES FALSO?

- a) Protege al paciente contra intervenciones no autorizadas
- b) Protege al cirujano de demandas ante una operación que no se hubiera permitido
- c) Independientemente de la edad del paciente el consentimiento debe ser firmado por el paciente
- d) En caso de incapacidad del paciente el documento lo firmará el familiar responsable o tutor



ENTRE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS, SEÑALE EL DATO DE FILIACIÓN DEL PACIENTE:

- a) Los antecedentes familiares
- b) Las medicaciones crónicas
- c) La fecha de nacimiento
- d) Los factores de riesgo



¿A QUÉ SE DENOMINA CONSENTIMIENTO INFORMADO?

- a) Documento de obligado cumplimiento para cualquier prueba que así considere el personal de enfermería
- b) La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente ante una actuación que afecte a su salud, una vez recibida toda la información
- c) Es un conjunto de datos de carácter asistencial, en los que no interviene el paciente
- d) Es un documento emitido por el médico responsable al paciente en un centro sanitario



SEÑALE LA OPCIÓN CORRECTA EN RELACIÓN AL ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA POR LOS TRABAJADORES SANITARIOS:

- a) El trabajador sanitario ha de ser consciente de que su usuario o login es propio e intransferible, que la clave no debe desvelarla
- b) Según la categoría profesional y del servicio al que pertenezca se le activará un perfil que le facilitará el acceso a las historias y los permisos para trabajar en el centro
- c) Las opciones A y B son verdaderas
- d) Las opciones A y B son falsas



SEÑALE LA OPCIÓN FALSA EN RELACIÓN AL PROGRAMA INFORMÁTICO OMI-AP:

- a) Es un aplicativo informático desarrollado para el registro en atención especializada
- b) Está diseñado como gestor de la Historia Clínica y permite trabajar a todos los miembros del equipo
- c) Este aplicativo trabaja con episodios de los pacientes y tiene un sentido longitudinal en el tiempo
- d) Es utilizable como fuente de datos y sistema de información porque permite registrar cualquier actividad, fecha, hora, acto, contenido, profesional y paciente



EN RELACIÓN CON LA HISTORIA CLÍNICA DE UN PACIENTE, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA:

- a) Cada paciente tiene varias historias clínicas según los distintos episodios de enfermedad
- b) Se registran datos subjetivos de la asistencia sanitaria
- c) Es el conjunto de documentos que contiene datos, valoraciones e información de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente
- d) No está regulado el contenido mínimo de la historia clínica



SEGÚN LA LEY DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, CUANDO SE TRATE DE PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN, ¿QUÉ DOCUMENTO DEBE CONSTAR EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE?

- a) El informe de quirófano o de registro de parto
- b) La aplicación terapéutica de enfermería
- c) Los informes de exploraciones complementarias
- d) La hoja de interconsulta



LA LEY REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE ESTABLECE QUE SE OTORGARÁ EL CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN:

- a) Cuando el paciente no esté incapacitado legalmente
- b) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención
- c) Cuando se trate de pacientes mayores de 65 años
- d) Cuando el paciente sea capaz de tomar decisiones



CUANDO EL PACIENTE NO ES CAPAZ DE TOMAR DECISIONES SEGÚN EL CRITERIO DEL MÉDICO RESPONSABLE DE SU ASISTENCIA, SIENDO NECESARIO REALIZAR UNA ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO DE SU SALUD QUE REQUERIRÍA SU CONSENTIMIENTO, Y SI ADEMÁS CARECE DE REPRESENTANTE LEGAL, ¿QUIÉN ESTÁ HABILITADO, SEGÚN LA LEY DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE, PARA PRESTAR DICHO CONSENTIMIENTO?

- a) Personas vinculadas a el por razones familiares o de hecho
- b) El director de la institución sanitaria en la que se realice la actuación
- c) El propio médico responsable de su proceso
- d) Un juez en todos los casos



EN LA HOJA DE INTERCONSULTA:

- a) Se solicita la opinión de otro especialista
- b) Se solicitan las pruebas de radiodiagnóstico necesarias
- c) Se solicita la opinión del médico de Atención Primaria
- d) Se solicita el consentimiento del paciente



¿EN QUÉ CASOS SE PODRÁ ACCEDER POR TERCERAS PERSONAS A LA HISTORIA CLÍNICA?

- a) Investigación
- b) Estudio epidemiológico
- c) Facturación de servicios sanitarios
- d) Todas son correctas



EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ES:

- a) Una exigencia ética y un derecho reconocido por la legislación de todos los países desarrollados
- b) La aceptación de una intervención médica por un paciente, en forma libre, voluntaria y consciente, tras la información con sus riesgos y beneficios y alternativas posibles
- c) Un derecho humano individual, junto al derecho a la vida, la salud, la libertad
- d) Todas las opciones son correctas



SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA:

- a) Los datos de carácter personal no serán almacenados de forma que permitan el ejercicio del derecho de acceso
- b) Los datos de carácter personal no pueden ser cancelados
- c) Los datos de carácter personal serán exactos
- d) El tratamiento de los datos de carácter personal por cuestiones de eficiencia no requerirá el consentimiento del afectado



LA DOCUMENTACIÓN NO CLÍNICA ES UN TIPO DE DOCUMENTACIÓN:

- a) No sanitaria
- b) Sanitaria
- c) Clínica
- d) Todas las respuestas anteriores son falsas



¿QUÉ DEFINE EL ARTÍCULO 3 DE LA LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, COMO “EL CONJUNTO DE DOCUMENTOS QUE CONTIENEN LOS DATOS, VALORACIONES E INFORMACIONES DE CUALQUIER ÍNDOLE SOBRE LA SITUACIÓN Y LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE UN PACIENTE A LO LARGO DEL PROCESO ASISTENCIAL?”:

- a) Documentación clínica
- b) Historia clínica
- c) Información clínica
- d) Ninguna de las anteriores



SEGÚN EL ARTÍCULO 11.2 DE LA LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA:

- a) Cada centro sanitario regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que podrán constar por escrito
- b) Cada servicio de salud podrá regular el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre verbalmente
- c) Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito
- d) Cada centro sanitario regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada comunidad de personas, que deberán constar siempre por escrito



SEGÚN EL ARTÍCULO 17.1 DE LA LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA “LOS CENTROS SANITARIOS TIENEN LA OBLIGACIÓN DE CONSERVAR LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN CONDICIONES QUE GARANTICEN SU CORRECTO MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD, AUNQUE NO NECESARIAMENTE EN EL SOPORTE ORIGINAL, PARA LA DEBIDA ASISTENCIA AL PACIENTE DURANTE EL TIEMPO ADECUADO A CADA CASO Y:

a) Como mínimo, cuatro años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial

b) Como máximo, cuatro años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial

c) Como máximo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial

d) Como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial





GRACIAS

