

**AUDITORIA A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE ODONTOLOGÍA DEL CENTRO  
DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
FRANCISCO DE PAULA SANTANDER. BUCARAMANGA 1 DE ABRIL  
A 30 DE JUNIO DE 2.003**

**CLAUDIA STELLA BAEZ QUIÑONEZ  
BETTY LORENA ESCUDERO HERNANDEZ  
LAURA CLEMENCIA GIRALDO CELIS  
ADRIANA LUCIA ORTIZ GUERRA**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA  
INSTITUTO CIENCIAS DE LA SALUD  
BUCARAMANGA  
2003**

**AUDITORIA A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE ODONTOLOGÍA DEL CENTRO  
DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
FRANCISCO DE PAULA SANTANDER DURANTE EL PERIODO  
COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ABRIL  
Y 30 DE JUNIO DE 2.003**

**CLAUDIA STELLA BAEZ QUIÑONEZ  
BETTY LORENA ESCUDERO HERNANDEZ  
LAURA CLEMENCIA GIRALDO CELIS  
ADRIANA LUCIA ORTIZ GUERRA**

**DIRECTOR DEL PROYECTO  
Dr. JULIAN OSORIO**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA  
INSTITUTO CIENCIAS DE LA SALUD  
BUCARAMANGA  
2003**

## CONTENIDO

	Pág.
JUSTIFICACIÓN	5
1. MARCO TEÓRICO	6
1.1. UBICACIÓN	6
1.2. AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS	9
1.3. GARANTIA DE LA CALIDAD	12
1.4. FUNDAMENTACIÓN LEGISLATIVA	13
1.5. NORMAS INSTITUCIONALES DE LA HISTORIA CLINICA DE ATENCION ODONTOLOGICA.	26
1.5.1 Identificación	26
1.5.2 Motivo de consulta	27
1.5.3 Antecedentes médicos	27
1.5.4 Hábitos orales nocivos	28
1.5.5 Examen estomatológico	28
1.5.6 Ordenes de servicio	29
1.5.7 Plan de tratamiento y número de sesiones	30

	Pág.
1.5.8 Identificación del odontólogo	30
1.5.9 Evolución del tratamiento	30
1.5.10 Descripción de los tratamientos ejecutados	30
1.6 NECESIDADES DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA	31
2. OBJETIVOS	36
2.1 OBJETIVO GENERAL	36
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
3. METODOLOGÍA	37
4. RESULTADOS	40
4.1 DISEÑO DE LA HISTORIA CLINICA	40
4.2 CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA	43
5. DISPOSICIÓN, ORGANIZACIÓN Y CIRCUITO DE HISTORIA CLÍNICAS	51
6. CONCLUSIONES	54
6.1 DISEÑO DE LA HISTORIA CLINICA	54
6.2 DISPOSICIÓN, ORGANIZACIÓN Y CIRCUITO DE HISTORIA CLÍNICAS	55
6.3 DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA	55
7. RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFIA	61



## JUSTIFICACIÓN

Entendida la Historia Clínica como un documento de vital importancia en la cadena de prestación de los servicios de salud, no sólo por ser de obligatorio cumplimiento como lo reglamenta la Resolución 1995 de 1999, sino también por ser en algunos casos un documento valioso para la investigación médica o como patrimonio histórico para la nación. Además, la historia clínica es una de las evidencias que queda de la prestación de los servicios brindados al paciente y por lo tanto se convierte en instrumento que permite evaluar y hacer el seguimiento a dichos servicios.

Esta evaluación permite analizar de forma sistemática la capacidad de la institución de cumplir con unas normas o requisitos previamente especificados, referentes a) contenido y diligenciamiento de la historia, procesos de egreso e ingreso, archivo y otros más no tenidos en cuenta en el presente estudio como son la aplicación de guías clínicas.

El decreto 2309 que reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, en su primer componente define el Sistema Único de Habilitación que normaliza los requisitos mínimos o plataforma de nuestro sistema. Este primer componente de carácter obligatorio se refiere específicamente a la "Historia Clínica y Registros Esenciales" en lo referente a: obligatoriedad, apertura de Historia Clínica, Registro de entrada y salida, archivo, custodia, conservación y reserva.

En las instituciones se debe trabajar más allá de la habilitación, ascendiendo en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad tras la excelencia, que requiere la búsqueda del mejoramiento continuo en todas las actividades de la institución con el fin de disminuir las ineficiencias y las tareas que no añaden valor al servicio y así buscar la satisfacción del cliente interno y externo.

## **1. MARCO TEÓRICO**

### **1.1. UBICACIÓN**

El Instituto Colombiano de Seguros Sociales fue creado en el año de 1946 de conformidad con lo dispuesto por la Ley 90 de 1946. <sup>1</sup>

Hasta 1993 este modelo de Seguridad Social sólo cubría el 8% de la población colombiana, correspondiente a los trabajadores asalariados. Este cuadro estaba agravado por la baja calidad de los servicios y por la ineficiencia institucional.

Por lo anterior era indispensable realizar una reforma radical a la Seguridad Social tendiente a aumentar la cobertura y mejorar las condiciones de vida y bienestar de toda la población. Además, si se lograba conseguir una población activa más sana se favorecería directamente la productividad y el desarrollo económico.

El Decreto Ley 1650 dictado en desarrollo de la Ley 12 de 1977, le cambió el nombre de Instituto Colombiano de Seguros Sociales por el de Instituto de Seguros Sociales, como se le conoce en la actualidad. <sup>1</sup>

En desarrollo del mandato constitucional se expidió la Ley 100 de 1993 que estableció un modelo de Seguridad Social, integrado por tres subsistemas: Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales. La administración de estos subsistemas se confió a organismos del sector público y privado en un marco de competitividad.  
1,2

## **EL PRESENTE DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

En diez años de vigencia la eficacia del sistema es evidente. En salud el 55 % de la población está cubierta hoy por el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Desafortunadamente estos saltos cuantitativos se ven acompañados de un retroceso cualitativo en cuanto a la Calidad y Oportunidad de los servicios de salud, con desventajas frente a las empresas privadas en virtud a su competitividad y modernización.

Para el Seguro Social era prioritario profundizar su proceso de modernización para ajustar su gestión institucional a los imperativos de la demanda y para cumplir con su misión: la atención y el servicio al cliente.

### **SECCIONAL SANTANDER**

En 1969 el Instituto Colombiano de Seguros Sociales puso en funcionamiento la Seccional Santander con sede en Bucaramanga, se reorganizaron y descentralizaron los servicios fijando tres niveles de atención: Básico, Intermedio y de Alta Especialidad. <sup>1</sup>

Mediante la Resolución 02016 expedida el 28 de Septiembre de 1970 se creó el Centro de Atención Ambulatoria Central y a partir del primero de abril del año siguiente se puso en funcionamiento, iniciando la atención de los usuarios asignados.<sup>3</sup>

Este centro es una Institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de atención que realiza actividades de consulta médica programada, consulta odontológica programada y de urgencias, programas de promoción y prevención y realiza consulta en la especialidad de ginecología correspondiente al segundo

nivel de atención; se encuentra ubicada en la Calle 37 Número 17-32 de la ciudad de Bucaramanga desde la fecha de su creación. Tiene una población asignada de 66.725 usuarios a enero de 2003.

El servicio de odontología cuenta con trece (13) odontólogos, nueve (9) auxiliares de odontología y una (1) higienista oral. La atención se presta en el horario de 6 a.m. hasta las 6 p.m. en jornada continua de lunes a viernes. El servicio cuenta con ocho consultorios odontológicos, un área específica para el equipo de Rayos X manejado directamente por los odontólogos y el área de la central de esterilización.

El archivo de historias clínicas odontológicas se encuentra ubicado en el octavo piso del edificio y las historias odontológicas se guardan de manera independiente de la historia clínica médica.

A partir del Decreto 1750 del 26 de junio de 2003 por el cual se escinde el Instituto de Seguros Sociales y se crean unas Empresas Sociales del Estado, el Centro de Atención Ambulatoria Central pasó a ser parte como unidad operativa de la Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander, con sede en la ciudad de Cúcuta y que agrupa todas las Clínicas y Centros de Atención Ambulatoria de los departamentos de Santander, Norte de Santander y Arauca; esta entidad es independiente financiera y administrativamente del Instituto de Seguros Sociales, sus directrices aún están en etapa de diseño por lo cual y por un periodo de transición de un año, continuará con las ya establecidas por el Instituto de Seguros Sociales.<sup>4</sup>

Aunque temporalmente el Centro de Atención Ambulatoria Central estará sujeto a la normatividad del Instituto de Seguros Sociales, desde ya debe fijar su norte hacia la alta calidad que le permita competir con entidades similares del sector

público o privado y así cualquier Entidad Administradora de Planes de Beneficios, y no sólo la EPS Seguro Social contrate sus servicios para la atención de los usuarios.

Es importante recordar los principios básicos de las Empresas Sociales del Estado: la Eficiencia definida como la mejor utilización de los recursos y la Calidad relacionada con el servicio al usuario en términos de oportunidad, efectividad, continuidad, trato personalizado y humanizado; así mismo, recordar algunos de sus objetivos como: producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, garantizar la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social, ofrecer a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios servicios a tarifas competitivas en el mercado. Para su organización debe contar con las “unidades funcionales encargadas de ejecutar en coordinación con las demás áreas los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de la información necesaria para su adecuado funcionamiento”.<sup>5</sup>

El Decreto 2309 de 15 de Octubre de 2002 en el Artículo 5º define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”. Uno de los procesos claves en toda organización es la información y la gestión se debe orientar a mejorar los procesos de información de la Institución y uno de ellos es el de la Historia Clínica en sus aspectos de contenido, archivo y circulación.<sup>6</sup>

## **1.2 AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS**

La auditoria se define como una función independiente, que no debe ser influida por la autoridad. Tiene por objeto evaluar las actividades de una institución, en

búsqueda del perfeccionamiento y beneficio global de ella misma y de los usuarios. La auditoria debe evaluar la eficacia y la eficiencia de una organización o empresa. Entendiendo por eficacia el uso adecuado de los recursos disponibles para producir los resultados y por eficiencia la minimización de los costos para mantener la productividad (igual productividad al menor costo). La auditoria debe ser considerada como una herramienta para el control de una buena gestión y un monitoreo permanente para mantener la calidad, debe ser hecha con patrones preestablecidos de modo que pueda ser independiente de la percepción personal del que audita, debe ser objetiva de tal manera que el patrón utilizado podrá ser aplicado por cualquier auditor y obtener el mismo resultado.

La auditoria interna y externa está regulada en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (Decreto No. 42 de 1986), consiste en la revisión crítica y periódica del trabajo médico realizada con el propósito de:

- ® Mejorar la gestión y el rendimiento
- ® Detectar las deficiencias
  - Propiciar acciones de corrección
- ® Proponer las soluciones que se estimen necesarias.<sup>7</sup>

La auditoria de las historias clínicas constituye uno de los métodos más populares para la evaluación de la calidad asistencial<sup>8,10</sup>, ya que existe una relación directa entre la calidad de la atención prestada y la calidad de la historia clínica. Al evaluar las historias clínicas se está evaluando parcialmente la calidad asistencial; se evalúa el grado de cumplimiento de los parámetros básicos de las historias clínicas utilizando técnicas de control de calidad, se aproxima al nivel de calidad de la atención sobre los resultados de la auditoria y se fomenta la creación de estándares y criterios de evaluación de las historias clínicas<sup>9</sup>. Por otro

lado, no contempla la satisfacción del paciente como elemento importante en la evaluación de la calidad.<sup>11,12</sup>

La auditoria de historias clínicas es un instrumento que permite cerciorarse de cómo se actúa y qué criterios se siguen para el diagnóstico y tratamiento. A partir del conocimiento de lo que se hace, puede discutirse y acordarse los procedimientos a seguir.

Este trabajo necesita ser tenaz, paciente y continuo; al mismo tiempo promueve en el seno de las auditorias la crítica constructiva y precisamente con ella desvirtúa la crítica ajena.

Desde otro ángulo el paciente es cada vez más consciente de sus derechos y cada vez se percibe más apoyado para tomar acciones legales, la estadística muestra un creciente número de estas acciones en busca de compensaciones o reivindicaciones. Los diferentes recursos de salud de un país hacen al paciente propenso a utilizar diferentes alternativas de asistencia, así un paciente es visto por varios médicos o en diferentes centros y no infrecuentemente se vierten críticas sobre las actuaciones anteriores. Estas discordancias no son despreciables y en algunas circunstancias son el punto de partida para la promoción de la toma de acciones legales.

La existencia de auditorias de historias clínicas apoya las acciones individuales del médico, particularmente si las acciones llevadas a cabo han sido previamente acordadas en protocolos de atención por las comisiones auditoras.

Es coherente y natural ver que auditorias de historias, control de calidad y formación continuada se entremezclan y en muchos sentidos son una misma idea y persiguen fines similares. Lo lógico sería que la iniciativa partiese de los

propios médicos y no fuese ajena a ellos ya que de serlo las consecuencias son poco previsibles y en cualquier caso expuesto a manipulación. En realidad la iniciativa de auditar tiene que ser modesta, tiene que invitar a la participación y promover el diálogo, así se consigue también una mayor sensibilización para la mejora profesional individual. La auditoria de historias es un trabajo humilde y en lo posible las apreciaciones pueden convertirse en recomendaciones que por otra parte no tienen que ser necesariamente vinculantes. Este trabajo necesita ser tenaz, paciente y continuo; al mismo tiempo promueve en el seno de las auditorias la crítica constructiva y precisamente con ella desvirtúa la crítica ajena.<sup>7</sup>

### **1.3 GARANTIA DE LA CALIDAD**

La Asociación Médica mundial realizó una declaración sobre el mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica con el objetivo de reforzar el proceso de mejoramiento. Esta declaración se refiere a normas éticas y se aplica a todos los profesionales de la salud y establecimientos que ofrezcan servicios de atención médica, promueve la participación en la auditoria clínica, menciona requisitos específicos que se deben cumplir como son:

- Los recursos y la experiencia del personal de los establecimientos de atención en salud deben ser adecuados para lograr las condiciones necesarias para un trabajo de buena calidad.
  
- La historia clínica de los pacientes, debe ser escrita y preservada cuidadosamente, se debe tener en cuenta las obligaciones del secreto profesional. Los procedimientos, decisiones y otros asuntos relacionados con los pacientes deben ser anotados de manera que la información pueda servir para medir condiciones específicas disponibles cuando se necesiten, un punto



importante es la utilización de las historias clínicas en la revisión de la calidad, su confidencialidad y las restricciones para acceder a ellas.

- Los establecimientos de salud necesitan crear sistemas de calidad para uso propio y asegurar que sigan las instrucciones contenidas en dichos sistemas.

Para la realización de la Auditoria a las Historias Clínicas es importante contar con un consentimiento informado previo de los pacientes cuyas historias serán auditadas. Se permite que los establecimientos que prestan servicios informen a sus clientes sobre los resultados de la revisión de la calidad y que los utilicen para comercializar sus servicios, siempre que esto esté autorizado por ley.

Si durante su revisión se presentan objeciones sobre asuntos éticos, estos pueden ser presentados a un comité de ética. También es importante respetar los principios éticos en la atención de salud, para lo cual idealmente se debe contar con una auditoria de pares.

Esta revisión clínica nos ayuda a evaluar la capacidad profesional, el grado de cumplimiento de criterios explícitos y sus estándares en función de los productos, identificar oportunidades de mejora en la dimensión Científico-Técnica de la atención en salud, su correcta información y buen diligenciamiento, detectar deficiencias y promover el mejoramiento de los servicios de salud.

#### **1.4 FUNDAMENTACIÓN LEGISLATIVA**

Revisada la normatividad vigente, se encuentra gran cantidad de disposiciones legales que abordan y aclaran aspectos referentes a la gestión de las historias clínicas y directamente relacionadas con la calidad.

Ley 23 de 1981 en el capítulo III se refiere a la historia clínica, en su Art. 34 define la historia clínica como “el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley” y en los artículos 33, 36 y 37 se refieren a las características de obligatoriedad, de claridad o legibilidad y reserva respectivamente.

Artículo 33. “Las prescripciones médicas se harán por escrito, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia”

Artículo 36. “En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad”.

Artículo 37. "Entendiéndose por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales”.

Resolución 1439 de 2002 que define el Sistema Único de Habilitación, en su anexo técnico de estándares de condiciones tecnológicas y científicas se ocupa en una de sus partes de la historia clínica, y registros asistenciales, y define 6 criterios que se asimilan como estándares de evaluación:

- Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.
  
- « Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo.

- e Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.
  - o Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.
  - En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.
- e Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.

Circular externa 015 de 2003 Esta circular reguladora de la resolución 1439/02 en lo referente a las historias clínicas aclara que: “El estándar de historia clínica establece la obligatoriedad de definir procedimientos para utilizar una historia única institucional. Ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud. No necesariamente implica tener historias únicas en físico. Pueden tenerse separada físicamente por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario<sup>1</sup>. Y además dicho estándar "no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y si es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales”.

Resolución 1474 de 2002 Por la cual se adoptan los estándares del Sistema Único de Acreditación que como registra la resolución “es un proceso voluntario y

periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud”. Esta evaluación se hace con base en unos estándares óptimos, alcanzables y conocidos previamente por las instituciones.

Estándares referentes a la gestión de la historia clínica:

« Si la institución tiene definido el proceso de consecución del consentimiento informado, proveyendo al paciente todos los datos necesarios, para que este pueda tomar decisiones informadas.

- La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente.
- La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares, para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención.

® Un sistema de información que asegura el registro de la información y el mantenimiento de la historia clínica de manera integral, única y segura, identificando e informando a los profesionales involucrados la evolución y respuesta del paciente; el cuidado y tratamiento de acuerdo con estándares, guías y procedimientos aceptados.

**Resolución 1995 de 1999:** que dicta las normas para el manejo de la historia clínica.

### **1. Definiciones**

**La historia clínica:** es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente,

los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

**Estado de salud:** El estado de salud del paciente se registra en los datos en informe acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

**Equipo de salud:** Son los profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del usuario y los auditores médicos de aseguradoras y prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

**Historia clínica para efectos archivísticos:** Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

**Archivo de gestión:** Es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

**Archivo central:** Es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.

Archivo histórico: Es aquel al cual se transfieren las historias clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

## **2. Alcance.**

Son de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.

## **3. Características de la historia clínica.**

**Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

**Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención.

**Racionalidad científica:** Debe evidenciar en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

**Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la ley.

**Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

## **4. Obligatoriedad del registro.**

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas.

## **5. Diligenciamiento.**

La historia clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

## **6. Apertura e identificación de la historia clínica.**

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizarse el proceso de apertura de historia clínica.

La identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia clínica institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica y a quien y en qué fecha ha sido entregada.

## **7. Numeración consecutiva de la historia clínica.**

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

## **8. Componentes.**

**Identificación del usuario:** Los contenidos mínimos de este componente son. datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación

**Registros específicos:** Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.

Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

**Anexos:** Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como; autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.



Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

Los reportes de imágenes diagnósticas, también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

## **9. Organización y manejo del archivo de historias clínicas.**

**Obligatoriedad del archivo:** Todos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación.

**Custodia de la historia clínica:** La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando éste lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

**Acceso a la historia clínica:** Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la ley: el usuario, el equipo de salud,

las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la ley y las demás personas determinadas en la ley.

**Retención y tiempo de conservación:** La historia clínica debe conservarse por un período mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

**Seguridad del archivo de historias clínicas:** El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

**Condiciones físicas de la conservación de la historia clínica:** Los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación.

**De los medios técnicos de registro y conservación de la historia clínica:** Los prestadores de servicios de salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la historia clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias clínicas en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

#### **10. Comité de historias clínicas.**

Es el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica, dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la institución

#### **Funciones del comité de historias clínicas:**

- Promover en la institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque éstas se cumplan.

- o Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del prestador, incluida la historia clínica.
  - Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- « Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de historias clínicas.

**LEY 594 DE 2000:** Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.

**Principios generales.**

**Fines de los archivos.** El objetivo esencial de los archivos es el de disponer de la documentación organizada, en tal forma que la información institucional sea recuperable para uso de la administración en el servicio al ciudadano y como fuente de la historia.

**Importancia de los archivos.** Los archivos son importantes para la administración y la cultura, porque los documentos que los conforman son imprescindibles para la toma de decisiones basadas en antecedentes. Pasada su vigencia, estos documentos son potencialmente parte del patrimonio cultural y de la identidad nacional.

**Institucionalidad e instrumentalidad.** Los documentos institucionalizan las decisiones administrativas y los archivos constituyen una herramienta

indispensable para la gestión administrativa, económica, política y cultural del Estado y la administración de justicia, son testimonios de los hechos y de las obras; documentan las personas, los derechos y las instituciones. Como centros de información institucional contribuyen a la eficacia, eficiencia y secuencia de las entidades y agencias del Estado en el servicio al ciudadano.

**Responsabilidad.** Los servicios públicos son responsables de la organización, conservación, uso y manejo de los documentos.

**Administración y acceso.** Es una obligación del Estado la administración de los archivos públicos y un derecho de los ciudadanos el acceso a los mismos, salvo las excepciones que establezca la ley.

**Función de los archivos.** Los archivos en un Estado de Derecho cumplen una función probatoria, garantizadora y perpetuadora.

#### **Sistema Nacional de Archivos.**

Es un conjunto de instituciones archivísticas articuladas entres sí, que posibilitan la homogeneización y normalización de los procesos archivísticos, promueven el desarrollo de estos centros de información, la salvaguarda del patrimonio documental y el acceso de los ciudadanos a la información y a los documentos.

Integran el Sistema Nacional de Archivos: El Archivo General de la Nación, los archivos de las entidades del Estado en sus diferentes niveles de la organización administrativa, territorial y por servicios.

El archivo general de la Nación orientará y coordinará el Sistema Nacional de Archivos.

## **1.5 NORMAS INSTITUCIONALES DE LA HISTORIA CLINICA DE ATENCION ODONTOLOGICA.**

La historia clínica odontológica del Seguro Social (ver anexo) debe ser diligenciada en su totalidad por los odontólogos, según las siguientes normas, ya conocidas por ellos.

### **1.5.1 Identificación.**

**FECHA DE APERTURA:** Anotar en números los dos últimos dígitos del año, el mes y el día en el momento que el cliente externo ingrese al servicio.

**NOMBRE:** Se debe anotar primer apellido, el segundo apellido o de casada y nombres completos del cliente externo.

**N° DE AFILIACIÓN:** Anotar en forma clara y precisa el número de la afiliación de) paciente.

**FECHA DE NACIMIENTO:** Anotar en números arábigos los dos últimos dígitos del año, el mes y el día de nacimiento del paciente.

**EDAD Y SEXO:** Anotar en números arábigos en la respectiva casilla el sexo y la edad del cliente externo.

**TIPO DE VINCULACION:** Marque con una X en la casilla correspondiente si el cliente externo es: A: Afiliado, DH: Derechohabiente, P: Pensionado.

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** Anotar la dirección y teléfono del sitio donde vive el cliente externo en forma clara y completa, teniendo en cuenta el departamento y el municipio.

SECCIONAL: Anotar nombre de la seccional a la que pertenece el sitio donde se presta la atención al cliente externo.

SITIO DE ATENCIÓN: Marcar con una X el sitio donde se le brinda la atención al cliente, de acuerdo con las siguientes denominaciones: CAA: Centro de Atención Ambulatoria, UAI: Unidad de Atención Intermedia, UPI: Unidad Programática Institucional, Otros: Si la atención no se hizo en los anteriores servicios, (entidades a contrato).

NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN: Anotar en forma clara y completa la identificación del sitio de atención.

CODIGO: Se refiere al código con que se identifica el sitio de atención.

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: Anotar el nombre de la empresa y la dirección completa donde trabaja el cliente externo. Actualizar este dato mínimo cada año. En caso de los derechohabientes y pensionados no es necesario llenar este dato.

TELEFONO: Anotar el número telefónico de la empresa, cuando se trata de un afiliado.

**1.5.2 Motivo de consulta.** Anotar en forma legible la interpretación de la causa referida por el paciente.

**1.5.3 Antecedentes médicos.** Marcar el signo (+) ó (-) de acuerdo con la presencia o ausencia de cada uno de los antecedentes y situaciones médicas enumeradas. Si los antecedentes son positivos, ampliar el concepto en observaciones.

**1.5.4 Hábitos orales nocivos.** Marcar el signo (+) ó (-) de acuerdo con la presencia o ausencia de estos. Si es necesario aclarar en observaciones.

**1.5.5 Examen estomatológico.** Diligenciar la casilla correspondiente para todas y cada una de las estructuras, registrando en forma legible los signos y síntomas, y con base en estos definir los diagnósticos. Ante la ausencia de signos y síntomas, se debe registrar normal y en diagnóstico, sano.

#### ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. A.T.M.

Marque el signo (+) ó (-) según la presencia o ausencia de las alteraciones descritas, teniendo en cuenta su localización (derecho o izquierdo). Si es necesario completar en observaciones.

#### ALTERACIONES PERIODONTALES

Marque el signo (+) ó (-) según la presencia o ausencia de las alteraciones descritas.

**MOVILIDAD Y BOLSA:** Marque el signo (+) ó (-) en la casilla correspondiente a cada diente, según presencia o ausencia de estos signos. Con base en lo anterior, defina el diagnóstico y si es necesario, completar en observaciones.

#### OTRAS ALTERACIONES DE LOS DIENTES

Al frente de cada alteración registre el ó los dientes afectados y su respectivo diagnóstico. Si estas no existen no llenar columna diente y colocar sano en la columna diagnóstico.



## ODONTOGRAMA

Se debe diligenciar de acuerdo con su simbología y colores establecidos, haciendo uso del explorador, excepto en la caries clínicamente visible.

## PREVALENCIA DE CARIES

COPD. Este índice será diligenciado para todos los clientes externos mayores de 5 años, y hace referencia a la Unidad diente. Para su diligenciamiento, tome los datos del odontograma, teniendo en cuenta que los perdidos serán los extraídos o con extracción indicada solamente por caries; cuando la presencia de restauraciones no corresponda a tratamientos por caries, se consideran sanos.

COO. Este índice se usará para clientes externos menores de 5 años solamente. Tome los datos del odontograma, teniendo en cuenta para extracción indicada solamente aquellos por caries.

## ALTERACIONES PULPARES

Registre el número del diente o dientes afectados, los signos y síntomas presentes y el diagnóstico según la nomenclatura de las guías de manejo. Si estas no existen dejar en blanco las columnas diente, signos y síntomas, y anotar sano en diagnóstico.

**1.5.6 Ordenes de servicio.** Se refiere al apoyo diagnóstico y la complementación terapéutica (formulación, higiene oral, rayos X, laboratorio, etc.). Registre el año, mes y día de la expedición y el nombre del servicio ordenado, posteriormente haga un resumen de los resultados o detalle los medicamentos prescritos.

SITIO O ZONA: Cuando se trate de dientes, identifique la superficie o superficies tratadas. Si es zona utilice las estructuras definidas en el examen estomatológico.

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS: Describa en forma sucinta los procedimientos realizados.

CODIGO Y FIRMA: Consigne los datos correspondientes al profesional que brindó la atención.

## **1.6 NECESIDADES DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Contar con una correcta información en nuestra empresa o institución es vital para lograr una buena organización y brindar servicios de calidad, por eso es importante que la historia clínica sea completa y clara; puesto que en ésta se registran las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en su atención y los cuales nos pueden servir en dado caso como soporte legal.

Z Tener un instrumento que permita evaluar la pertinencia de los tratamientos realizados, frente a los protocolos de manejo de la institución y así introducir las correcciones cuando fueren necesarias para superar las deficiencias y contribuir al mejoramiento.

Z Supervisar los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

z Establecer prioridades para la capacitación y actualización del personal que labora en el área odontológica.

Si no hay ordenes de servicio en el momento del examen, anotar la fecha y en tipo de orden y análisis de resultados, anotar (-).

**1.5.7 Plan de tratamiento y número de sesiones.** Se debe anotar en la casilla correspondiente el número de la prioridad del tratamiento asignado por el profesional, teniendo en cuenta que la prioridad va en orden ascendente de 1 a 8. Se debe anotar también en la casilla correspondiente el número de sesiones que considera el profesional para dichas necesidades. Si requiere remisiones debe anotarse (+) de acuerdo con la necesidad. Si considera necesario aclarar, utilíce la columna observaciones.

#### TERMINADO

En esta columna registre la fecha correspondiente a la terminación de cada uno de los tratamientos, según el reporte del registro diario de actividades.

**1.5.8 Identificación del odontólogo.** Consignar en forma legible los datos relativos al profesional que diligenció la historia, firma y sello.

**1.5.9 Evolución del tratamiento.** Registrar en el odontograma de acuerdo con la simbología y convenciones, el desarrollo del plan del tratamiento. Cuando se presenten interferencias en el plan de tratamiento, se debe registrar el año, el mes y el día, así como la causa de esta.

**1.5.10 Descripción de los tratamientos ejecutados.** Fecha: Registrar año, mes y día de la atención brindada.

Diente: Registrar el ó los dientes tratados de acuerdo con la nomenclatura del odontograma.

*J* La historia clínica debe ser un mecanismo de comunicación entre todos los integrantes del equipo interdisciplinario de trabajo, incluso con otras instituciones en caso de requerir remisión; posibilitando la continuidad de la atención.

*J* Debe permitir conocer el estado actual de salud del paciente, observar la evolución de la enfermedad y su respuesta al tratamiento, y además permite planear la organización del procedimiento.

*J* Permitir conocer el estado de salud oral de la población afiliada y su perfil de morbilidad.

Una historia clínica odontológica debe cumplir con las necesidades del servicio, por lo tanto es importante que se registren los siguientes datos:

### **1. ENCABEZADO**

Nombre de la IPS, Número de la historia clínica, fecha y hora del registro.

### **2. IDENTIFICACIÓN**

Nombre y apellidos del paciente, tipo y Número de identificación, tipo de usuario, fecha de nacimiento, edad, sexo, estado civil, dirección de domicilio, teléfono, ciudad donde reside, entidad donde labora, dirección y teléfono de la empresa donde labora, ocupación, y nombre de la persona responsable del paciente o a la que se le pueda avisar en caso de emergencia (para menores de edad).

### **3. MOTIVO DE CONSULTA**

Registrar textualmente lo expresado por el paciente utilizando comillas.

#### **4. ANAMNESIS**

Antecedentes médicos: patológicos, farmacológicos, alérgicos, síndrome de inmunodeficiencia adquirida u otros.

#### **5. ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS**

Antecedentes odontológicos conocidos por el paciente referente a su grupo familiar. Ejemplo paladar fisurado, ingesta de medicamentos en la niñez.

#### **6. EXAMEN ESTOMATOLÓGICO**

Si existe alguna alteración en labios, comisuras, mucosa oral, piso de la boca, lengua, paladar duro, paladar blando, encías; se consigna los signos y síntomas presentes al momento del examen.

#### **7. HALLAZGOS CLÍNICOS**

Debe contener diferentes ítems donde se pueda marcar si existen fracturas, supernumerarios, decoloración, descalcificación, esmalte moteado, maloclusión u otros.

#### **8. HABITOS ORALES**

Deben registrarse los hábitos que presente el paciente como respiración bucal, succión digital, queilosfagia, lengua protráctil, bruxismo u otros.

#### **9. ALTERACIONES DE LA ATM**

Se deben registrar si existen o no alteraciones de la articulación temporomandibular.

#### **10. ALTERACIONES PERIODONTALES**

Evaluar si existe sangrado de las encías, retracciones, movilidad dental, presencia de placa blanda, cálculos etc.

## **11. HIGIENE ORAL**

Se debe calificar como mala, regular o buena. Escribir la frecuencia del cepillado y si usa o no seda dental. Registrar el índice de placa bacteriana.

## **12. INDICE COP**

Registrar el índice de COP.

## **13. ALTERACIONES PULPARES**

Consignar el número del diente, los signos y síntomas y la impresión diagnóstica.

## **14. OTROS ANTECEDENTES**

Se consignan los hallazgos que no se encuentren registrados en otros ítems; estos pueden ser: presencia o ausencia de prótesis, aparatología de ortodoncia, ortopedia, púnticos, etc., y si estos se encuentran en buen o mal estado.

## **15. ODONTOGRAMA**

Se diligencia en su totalidad en la primera cita utilizando las convenciones estandarizados según el formato de historia clínica.

## **16. ORDENES DE SERVICIO**

Registrar las ordenes servicio solicitadas como ayuda diagnóstica.

## **17. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Describir los hallazgos encontrados derivados de las órdenes de servicios solicitadas.

## **18. DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS**

Debe guardar estrecha relación con el odontograma, examen estomatológico, alteraciones periodontales, alteraciones de la A.T.M., alteraciones pulpares, relacionadas a lo largo de la historia clínica.

## **19. PRONÓSTICO**

Registrar el pronóstico relacionado con el diagnóstico y el tratamiento a seguir.

## **20. PLAN DE TRATAMIENTO**

Describir los pasos y actividades del tratamiento a seguir.

## **21. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se registra la aceptación del paciente ante el tratamiento a seguir.

## **22. FIRMA**

Registrar el nombre completo, registro, firma y sello del odontólogo que diligencia la historia clínica.

## **23. HOJA DE EVOLUCION**

Se debe registrar la fecha, el número del diente tratado, el procedimiento realizado, la firma del paciente y firma y sello del odontólogo tratante.

## **24. CARTA DENTAL**

La carta dental debe estar anexada en toda historia clínica odontológica, tanto para consultorios privados como públicos según la Ley 38 de 1993; con el fin de facilitar la identificación y reconocimiento de cadáveres a través del cruce de estos datos con la información de las personas desaparecidas.

Se debe realizar en la consulta de primera vez y ser firmada por el odontólogo con el número del registro profesional y su sello.

196 2011/12/14 10:03

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el diseño, contenido, archivo y circulación de la Historia Clínica del Servicio de Odontología en el Centro de Atención Ambulatoria Central de la ESE Francisco de Paula Santander, correspondientes a los pacientes atendidos entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2003.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Definir si el diseño de la Historia Clínica satisface las necesidades del servicio de odontología y cumple con la normatividad.
- Verificar el grado de cumplimiento de los criterios administrativos y clínicos según estándares institucionales y de acuerdo a lo establecido en la normatividad legal vigente.
- Evaluar la disposición y la organización del archivo único de historias clínicas y establecer si el proceso de Circuito de historias clínicas (Recepción - Almacenamiento) dentro de la institución aplica las disposiciones legales emanadas del Archivo General de la Nación.
- Comprobar el cumplimiento de lo dispuesto en la legislación vigente en lo referente a Historias Clínicas.



### 3. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo para la evaluación integral de las historias clínicas de Odontología en el Centro de Atención Ambulatoria Central de la ESE Francisco de Paula Santander.

Para validar el diseño de la historia clínica odontológica se revisó el registro específico utilizado en la Institución para el diligenciamiento de la historia clínica (Anexo No. 1), se comparó con la Lista de Chequeo de Diseño de Historia Clínica (Anexo No. 2), elaborada con base en las normas mínimas exigidas en la Resolución 1995 de 1999 y en las normas institucionales.

En el periodo comprendido entre 1 de abril y 30 de junio de 2003 se realizaron 7.957 consultas odontológicas que correspondieron a 3.539 pacientes, de las cuales se seleccionó una muestra aleatoria al azar estratificada con un límite de confianza del 95% y margen de error de mas o menos 5%, para un total de 390 historias clínicas. La información de las actividades realizadas durante este periodo se obtuvo de la Base de Datos INDI 95 para los meses de Abril y Mayo y de la Base de Datos INDICAAS para el mes de Junio. Teniendo en cuenta que para el periodo de tiempo a evaluar (90 días) un mismo paciente puede haber consultado en más de una oportunidad; si su historia Clínica ya fue evaluada, se escogió la siguiente en el listado del muestreo.

La evaluación del cumplimiento de los criterios administrativos y clínicos se realizó a través de la inspección ocular del Registro de la Apertura de la Historia Clínica y de la última forma de Tratamiento diligenciada; estos datos se consignaron en el Instrumento de evaluación del Contenido de la Historia Clínica (Anexo No. 3), según el instructivo respectivo (Anexo No 4).

El Instrumento consta de dos partes; la primera que contiene los criterios administrativos y la segunda los criterios clínicos.

La primera columna corresponde al atributo evaluado; para calificar los atributos se aplicó una escala dicotómica, donde:

- 1            No cumple
- 2            Si cumple

La calificación obtenida por cada atributo, se consignó en la segunda columna nominada Calificación.

En la tercera columna correspondiente a Ponderación, se aplicó una escala de 0 a 1, según la importancia que se asignó al componente de cada área. Se asignó mayor importancia a los atributos clínicos con un 0.6 de ponderación comparado con el 0.4 dado a los atributos administrativos. Así mismo, se asignó un valor ponderado a cada característica dentro del área clínica o administrativa de acuerdo a la importancia dentro de la misma.

En la columna de resultado ponderado, se multiplicó la calificación por la ponderación y así se obtuvo el valor para cada atributo. Posteriormente se sumaron los resultados ponderados para obtener la calificación del área.

El grado de adecuación se calculó por medio de una regla de tres, donde 2 fue el 100%.

Si el grado resultó:

Entre 90% y más fue Excelente.

Entre 80 y 89% fue Bueno.

Entre 60 y 79% fue Regular.

Entre 60% y menos fue Malo.

Para evaluar la disposición, organización y el circuito, según lo dispuesto en el Acuerdo 7 de 1994, Acuerdo 11 de 1996, Acuerdo 5 de 1997 y Circular 2 de 1997 del Archivo General de la Nación y en la Resolución 1995 de 1.999 se aplicó una encuesta (Anexo No 5) al Gerente del CAA, Coordinador de Odontología, un odontólogo y a la Funcionaria encargada del Área de Archivo de Historias Clínicas; también se realizó una visita de verificación al área donde se encuentra ubicado el archivo.

El área de Antecedentes Familiares y Personales se refiere a todo lo relacionado con patologías que puedan afectar el tratamiento dental (Alergias, Tensión Arterial, Diabetes, Sida etc.) pero no existe un espacio donde se puedan registrar los antecedentes odontológicos del paciente o de su grupo familiar (Paladar fisurado, Labio Leporino, Ingesta de medicamentos en la niñez, apiñamiento)

El área de Hábitos Orales únicamente hace referencia a los hábitos nocivos que conllevan a malposiciones dentales y a la incidencia de caries, ésta área no incluye los buenos hábitos de higiene oral que pueda tener el paciente como son frecuencia del cepillado, uso de la sed dental, enjuagues bucales, tampoco presenta un lugar especial para registrar el índice de higiene oral, mediante el porcentaje de placa bacteriana encontrado en boca al momento de la revisión.

No se solicita la firma del paciente y la fecha, al finalizar este interrogatorio, para que quede constancia de la veracidad de los datos consignados en este, y al mismo tiempo que son suministrados por el paciente.

En el área de examen de tejidos blandos adyacentes a los dientes se hace referencia a todas las estructuras blandas que se deben revisar para hacer un adecuado diagnóstico de tejidos blandos en cavidad oral.

El área Periodontal tiene en cuenta todas las características que cambian en la encía en la presencia de enfermedad periodontal como son color, volumen, textura inserción, movilidad, sangrado, pero no posee un ítem o casilla para un control de bolsas periodontales posterior al tratamiento, para poder evaluar la respuesta de los tejidos a este.

El área Dental tiene registradas las convenciones para llenar el odontograma en caso de existir patología o algún tratamiento previo, pero no existe una

convención especial para representar los dientes que se encuentran sanos o en buen estado. Igualmente en el área de alteraciones pulpares se relacionan debidamente el No de diente, su sintomatología y su diagnóstico.

En el área de Órdenes de Servicio se hace referencia a la fecha, el tipo de orden solicitada y análisis de los resultados, pero el espacio asignado a esta última no es el adecuado para el registro de la interpretación de los mismos.

No existe un área de Diagnóstico integral, este se tiene por separado para cada tipo de patología en su área respectiva.

El área del Plan de Tratamiento es muy generalizada, no especifican los dientes o sitios en especial que requieren ser tratados, su espacio es muy limitado, pero si establece niveles de prioridad para la ejecución de tratamiento, el No de sesiones y remisiones necesarias.

Dentro del diseño actual de la historia clínica no existe un área destinada al registro del Pronóstico.

No existe el Consentimiento Informado, con el cuál se da a entender de la aprobación por parte del paciente con los datos registrados en la historia y el tratamiento a ejecutar.

El área de Evolución del Tratamiento registra la fecha y causas de no atención al paciente en el caso que este evento ocurra. Presenta un espacio adecuado para el registro de los datos solicitados.

En Identificación del Odontólogo están presentes los datos necesarios para llevar a cabo esta, como son nombres, apellidos, código, firma y sello del profesional que presta el servicio odontológico.

El área de los Tratamientos Ejecutados tiene en cuenta la fecha, diente, zona tratada, procedimiento realizado, código y firma del odontólogo que presta la atención, pero sus espacios son muy reducidos, y así mismo no solicita el sello del profesional que presta la atención y no registra la firma del paciente con la cuál se da constancia de la prestación del servicio.

Existe ausencia de la Carta odontolegal.

#### **4.2 CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA (Tabla 1)**

Al analizar los resultados en forma unificada y teniendo en cuenta tanto los criterios clínicos como administrativos se encontró un nivel de cumplimiento de 77.6% lo cual ubica el diligenciamiento de la historia clínica en la categoría de regular (Ver Figura 1).

#### **CRITERIOS ADMINISTRATIVOS**

El grado de cumplimiento total para el área administrativa fue de 60.64% lo que refleja un desempeño regular; este porcentaje está influenciado principalmente por el mal desempeño alcanzado en:

V Estado civil 0% de cumplimiento.

v Hora de atención 0% de cumplimiento.

J Persona responsable en caso de emergencia 0% de cumplimiento.

/ Ocupación 0% de observancia.

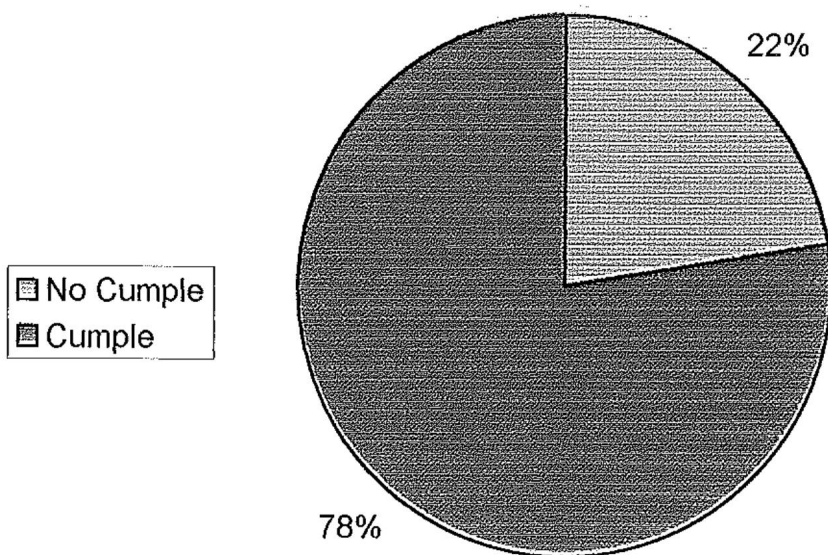
Z Documento de identidad 44.86% de desempeño (157 historias clínicas).

Tabla No. 1 CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS ADMINISTRATIVOS Y CLINICOS EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LAS HISTORIAS CLINICAS DEL CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA DE LA ESE CENTRAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

Atributo	Factor de Ponderación	No. De Historias	Cumplimiento	
			%	Resultado Ponderado
<b>Criterios Administrativos</b>				
1 Carpeta para Archivo:	0.05	350	100.00	0.05
2 Identificación	0.16		73.34	0.12
Edad y Nombre	0.02	349	99.71	0.02
Estado civil	0.01	0	0.00	0.00
Doc Iden	0.02	157	44.86	0.01
Fecha Nac	0.02	346	98.86	0.02
Edad	0.01	333	95.14	0.01
Sexo	0.01	341	97.43	0.01
Ocupación	0.01	0	0.00	0.00
Dir domicilio	0.01	343	98.00	0.01
Tel domicilio	0.02	344	98.29	0.02
Aseguradora	0.01	0	0.00	0.00
Tipo Vine	0.01	350	100.00	0.01
3 Legebilidad	0.02	348	99.43	0.01
4 No Enmendaduras	0.02	198	56.57	0.01
5 No Siglas	0.02	182	52.00	0.01
6 No Espacios en blanco	0.02	174	49.71	0.01
7 No espacios	0.02	242	69.14	0.01
8 Hora atención	0.03	347	99.14	0.03
9 Sólo isen Umient OtrifwmaW	0.05	0	0.00	0.00
	0.4		60.64	0.4
<b>Criterios Clínicos</b>				
1 Motivo consulta	0.07	345	98.57	0.07
2 Antecedentes médicos	0.04		98.43	0.04
Patológicos	0.01	348	99.43	0.01
Farmacológicos	0.01	348	99.43	0.01
Alérgicos	0.01	348	99.43	0.01
Sida	0.01	348	99.43	0.01
3 Hábitos orales	0.02	348	99.43	0.02
4 Exámen Estomatológico	0.06		99.43	0.06
Labios	0.0075	348	99.43	0.01
Comisuras	0.0075	348	99.43	0.01
Mucosa oral	0.0075	348	99.43	0.01
Piso de la boca	0.0075	348	99.43	0.01
Lengua	0.0075	348	99.43	0.01
Paladar duro	0.00375	348	99.43	0.00
Paladar blando	0.00375	348	99.43	0.00
Encías	0.0075	348	99.43	0.01
Art Tempofomandibular	0.0075	348	99.43	0.01
5 Óndontograma	0.08	310	88.57	0.08
6 Índice cop	0.02	310	88.57	0.02
7 Orden deserv	0.015	304	86.86	0.01
8 Análisis resultado	0.015	297	84.86	0.01
9 teipfOtag	0.07	316	90.29	0.07
10 PláVTraUWo	0.08	340	97.14	0.08
11 Pronóstico	0.02	0	0.00	0.00
12 Identifiteac@delodontólogo W	0.03		90.48	0.03
Apellido y Nombre	0.01	296	84.57	0.01
Firma	0.01	339	96.86	0.01
Sello	0.01	315	90.00	0.01
13 Procedimiento realizado	0.07		68.21	0.05
Fec Pcdmto	0.0175	343	98.00	0.02
Diente tratado	0.0175	312	89.14	0.02
descrip pcdmto	0.0175	296	84.57	0.01
Firma y sello	0.07		68.21	0.05
<b>Total</b>	<b>&lt;00</b>		<b>77.60</b>	<b>0.74</b>

Tamaño muestra = 350

**FIGURA 1. RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL DILIGENCIAMIENTO DE LAS HISTORIAS CLINICAS ODONTOLÓGICAS DEL CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA CENTRAL DE LA ESE FRANCISCO DE PAULA SANTANDER ABRIL A JUNIO DE 2003**





Estos bajos porcentajes de cumplimiento se debieron principalmente a que dentro del diseño de la historia clínica no está contemplado el registro de estos datos.

*J* Ilegibilidad con un cumplimiento del 43.43% (152 historias clínicas).

*J* Enmendaduras con un desempeño del 48% (158 historias clínicas).

*/* Utilización de siglas en el 50.29% (176 historias clínicas).

Con un desempeño regular se encontró el atributo que evalúa la continuidad en la redacción (espacios en blanco e intercalaciones) encontrados en el 69.14% (242 historias clínicas).

Los siguientes criterios obtuvieron el calificativo de excelentes:

*/* Dirección de residencia con un desempeño de 98% (343 historias clínicas)

*J* Sexo con una adecuación de 97.43% (341 historias clínicas).

*J* Edad con un cumplimiento de 95.14% (333 historias clínicas),

*v* Teléfono de residencia con un desempeño de 98.29% (344 historias clínicas)

✓ Fecha de atención con una adecuación de 99.14% (347 historias clínicas).

*J* Fecha de nacimiento con un cumplimiento de 98.86% (346 historias clínicas).

*/* Tipo de vinculación con un desempeño de 99.43% (348 historias clínicas)

*S* Apellidos y nombres con una adecuación de 99.71% (349 historias clínicas).

*/* Carpeta de archivo con un cumplimiento de 100% (350 historias clínicas).

(Ver Figura 2)

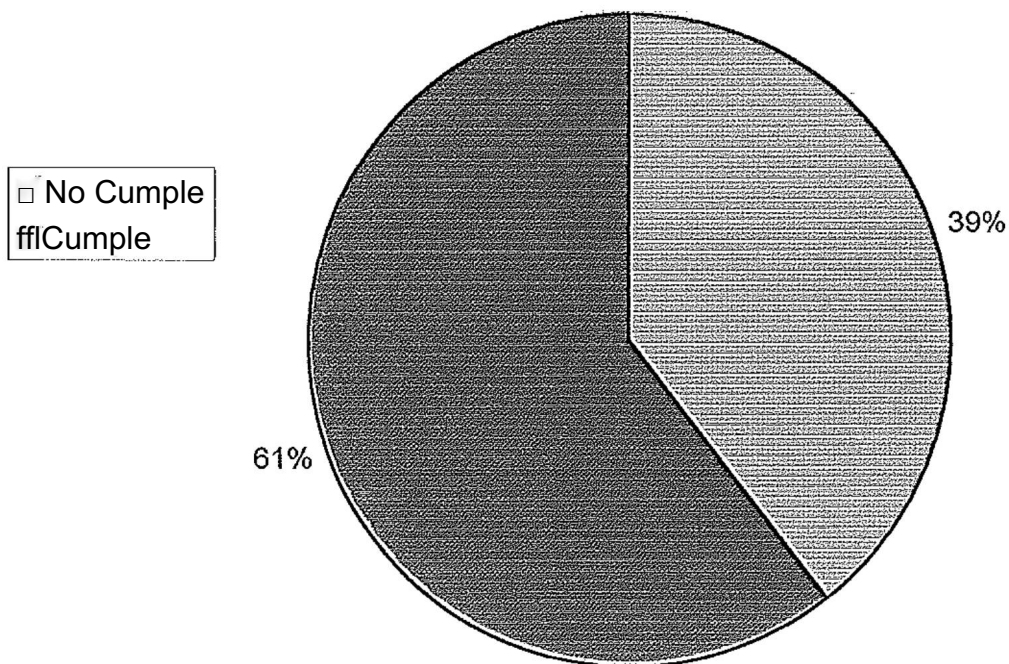
## **CRITERIOS CLÍNICOS**

El nivel de cumplimiento global para los criterios clínicos fue de 88.90% lo que lo coloca en el rango de Bueno.

Los atributos clínicos en la categoría de excelentes fueron:

*S* Examen estomatológico con un desempeño de 99.43% (348 historias clínicas).

**FIGURA 2. RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL DILIGENCIAMIENTO DE LOS CRITERIOS ADMINISTRATIVOS DE LAS HISTORIAS CLINICAS ODONTOLOGICAS DEL CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA CENTRAL DE LA ESE FRANCISCO DE PAULA SANTANDER ABRIL A JUNIO DE 2003**



*J* Antecedentes médicos con una adecuación de 99.43% (348 historias clínicas).

*J* Hábitos orales con un cumplimiento de 99.43% (348 historias clínicas).

✓ Motivo de consulta con un desempeño de 98.57% (345 historias clínicas)

*J* Plan de tratamiento con una adecuación de 97.14% (340 historias clínicas).

*J* Odontograma con un cumplimiento de 98.86% (346 historias clínicas).

*J* Identificación del odontólogo con un desempeño de 96% (336 historias clínicas)

*J* Impresión diagnóstica con una adecuación de 90.29% (316 historias clínicas).

Las características clínicas evaluadas como buenas fueron:

*J* Análisis de resultados con un desempeño de 84.86% (297 historias clínicas).

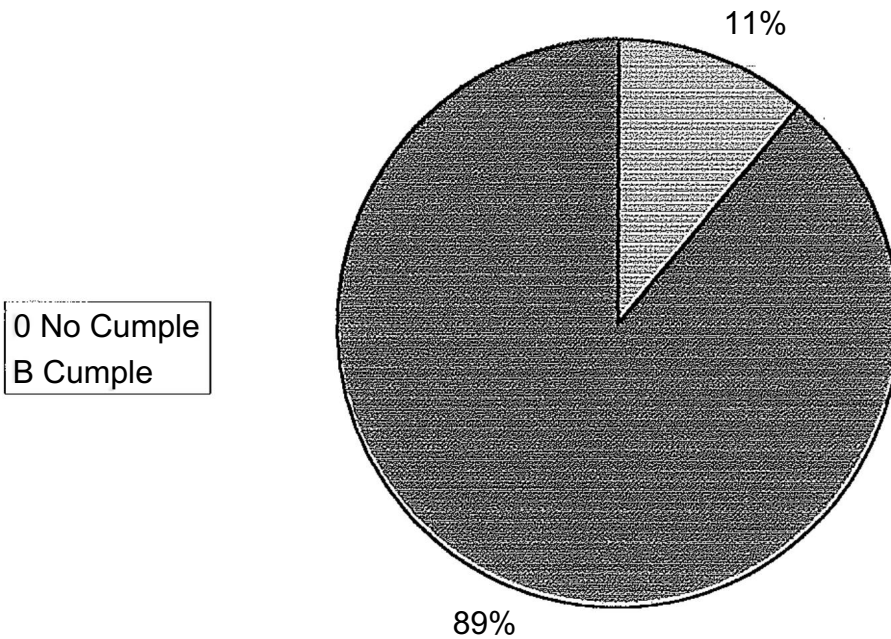
*J* Órdenes de servicios con un desempeño de 86.86% (304 historias clínicas).

*J* índice COP con un desempeño de 87.57% (310 historias clínicas).

El resultado del área clínica se vio afectado principalmente por el bajo cumplimiento en el Pronóstico con un porcentaje de adecuación de 0%, debido a que en el diseño de la historia clínica no está contemplado este atributo (Ver Figura 3).

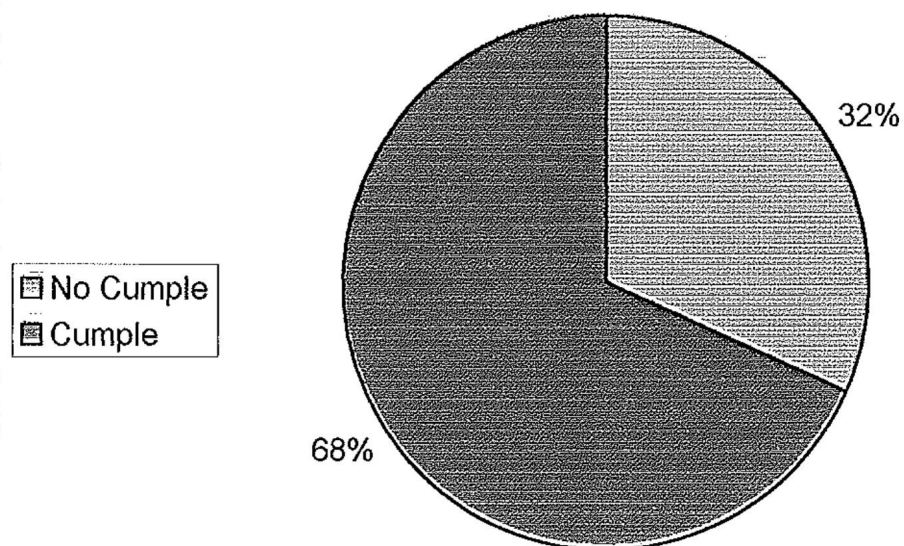
La evaluación del último registro de tratamiento realizado obtuvo un nivel de desempeño global Regular con 68.21% de cumplimiento; aunque los datos evaluados como la fecha del procedimiento obtuvieron una calificación excelente (98% de cumplimiento) y diente tratado y descripción del procedimiento tuvieron un buen desempeño (89.14% y 84.57% respectivamente). El atributo que afectó negativamente el resultado fue la firma y sello del odontólogo tratante cuyo cumplimiento alcanzó únicamente el 1.14% (4 historias clínicas) (Ver Figura 4).

**FIGURA 3. RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL DILIGENCIAMIENTO DE LOS CRITERIOS CLINICOS DE LAS HISTORIAS CLINICAS ODONTOLÓGICAS DEL CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA CENTRAL DE LA ESE FRANCISCO DE PAULA SANTANDER ABRIL A JUNIO DE 2003**



UNAB - BIBLIOTECA MEDICA

**FIGURA 4. RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL DILIGENCIAMIENTO DEL TRATAMIENTO REALIZADO DE LAS HISTORIAS CLINICAS ODONTOLÓGICAS DEL CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA CENTRAL DE LA ESE FRANCISCO DE PAULA SANTANDER ABRIL A JUNIO DE 2003**



## 5. DISPOSICIÓN, ORGANIZACIÓN Y CIRCUITO DE HISTORIA CLÍNICAS

Se realizó una visita de inspección a las instalaciones del archivo de historias clínicas del Centro de Atención Ambulatoria Central de la ESE Francisco de Paula Santander. El lugar está destinado exclusivamente al archivo de las historias clínicas de odontología y se encuentra ubicado en el octavo piso del edificio, ocupando un área de 12.46 metros cuadrados, tiene un ventanal de 3.0x1.5m. ubicado en el costado sur del recinto. El espacio está ocupado por once estantes de 1.97m. de altura y 0.94m. de ancho que ocupan aproximadamente el 90% del área; la luz del sol da toda la mañana en el salón y la ventilación es insuficiente.

La puerta de entrada al archivo permanece abierta lo que permite el acceso sin restricción a esta área. El auxiliar de archivo cuenta con un pequeño escritorio de 0.80x0.50m ubicado contiguo a la ventana. Se encontraron cajas llenas de historias clínicas antiguas que corresponden a los pacientes “inactivos”, no se obtuvieron más datos al respecto ya que estas cajas se encontraban en el archivo cuando la auxiliar de archivo llegó a ese cargo.

Se realizó una evaluación de los resultados arrojados por las 4 encuestas aplicadas a funcionarios del área administrativa, coordinador de odontología de la seccional Santander y Gerente del CAA; funcionario actor del proceso, la auxiliar del archivo y un cliente interno del proceso, odontólogo prestador de servicio; encontrándose respuestas similares entre los encuestados.

### 1. Cumplimiento de la norma.

En el Centro de Atención Ambulatoria Central de la ESE Francisco de Paula Santander existe un archivo de historias clínicas que aunque no es único, debido a que existen dos archivos separados, uno para odontología y otro para medicina;

si se pueden unificar en el momento que sea requerido. En el archivo de odontología se manejan todos los registros clínicos de la institución sin realizarse una depuración adecuada que permita diferenciar y separar el archivo de gestión del archivo central. El archivo histórico se encuentra en un salón asignado sólo para dicho archivo, pero las condiciones locativas no garantizan la conservación de las historias.

No existen los tres tipos de archivo, sólo se encuentra el archivo de gestión.

Los registros clínicos están ordenados de acuerdo al número de documento del afiliado cotizante y se guardan conjuntamente en una misma carpeta o sobre con las demás historias del grupo familiar, es decir, toda la familia se identifica con el mismo número.

La autorización que debe expedir el paciente para la revisión de su historia clínica por terceros no autorizados (fuera de la norma) no se solicita.

## 2. Recurso Humano.

El funcionario encargado del archivo es una auxiliar de odontología no capacitada formalmente en el manejo de archivos, quien es asignada en forma alternante o rotatoria según las necesidades del servicio. Este funcionario también se encarga del proceso de esterilización del instrumental de odontología, dicho proceso es realizado sin un horario establecido. Cuando un paciente solicita atención de urgencias u el funcionario del archivo no se encuentra disponible, la auxiliar del odontólogo que va tratar el paciente es la encargada de realizar la búsqueda de la historia clínica.

## 3. Proceso de Circuito de la Historia Clínica.

No existe un procedimiento documentado para el circuito de las historias clínicas.

No existe un sistema que permita la localización y preparación rápida de las historias clínicas para su entrega a consultorios, según la solicitud recibida; ni que garantice el control de la ubicación física de las mismas, así como su localización exacta en caso de préstamos

No existe una forma para consignar el retiro de documentos de la historia clínica, tales como exámenes de laboratorio, placas de rayos x, etc. donde quede registrado la fecha, el nombre y firma del paciente. Tampoco se registran las salidas o entradas de las historias del archivo.

El proceso completo de búsqueda, distribución, recolección y archivo de las historias clínicas la realiza el auxiliar de archivo o el auxiliar de odontología.

El tiempo promedio utilizado entre la solicitud de una historia clínica y la entrega es inferior a una hora, así mismo, el tiempo promedio entre el final de la actividad (consulta de odontología) y el archivo de la historia es menor a una hora.

En el caso que la historia clínica del paciente que va a ser atendido no se encuentre, se diligencia un formato temporal que posteriormente se anexa a la historia clínica.

Cuando se sustrae una historia clínica de su lugar de archivo, no se deja un separador que indique su ausencia.



## 6. CONCLUSIONES

### 6.1 DISEÑO DE LA HISTORIA CLINICA

Aunque el diseño de la Historia Clínica del servicio de odontología del CAA central de la ESE Francisco de Paula Santander, es adecuado se encontraron deficiencias en los siguientes aspectos:

*J* Se utiliza una sola carpeta que guarda las historias clínicas de todo el grupo familiar, lo cual en caso de extravío de la carpeta se perdería la información clínica de toda la familia.

*J* No se encontró espacio para consignar los datos correspondientes a hora de apertura de la historia, tipo y número de identificación del paciente, estado civil, ocupación y nombre de la persona a la cual se pueda dar aviso en caso de emergencia.

✓ No existe un área para registrar los antecedentes odontológicos del paciente y de su grupo familiar.

*J* Falta el espacio destinado a buenos hábitos de higiene oral y el índice de higiene oral.

■/ Falta la casilla para la firma del paciente al finalizar la entrevista, que demuestra la conformidad del paciente con los datos consignados en la historia.

s Falta el espacio para control de bolsas periodontales posterior al tratamiento.

/ No existen las convenciones para dientes sanos o en buen estado.

✓ El espacio destinado para registrar los datos de órdenes de servicios es reducido.

z Falta el consentimiento informado

✓ No existe una casilla para el registro de pronóstico.

✓ Falta un espacio para consignar el diagnóstico unificado.

## **6.2 DISPOSICIÓN, ORGANIZACIÓN Y CIRCUITO DE HISTORIA CLÍNICAS**

S No se tienen definidos los procesos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas.

J No se tienen definidos los procesos para las salidas y entregas de historias clínicas.

s El área de archivo de historias clínicas no es restringido.

## **6.3 DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA**

Ausencia del registro de datos fundamentales de la historia clínica como son estado civil, hora de atención, persona responsable en caso de emergencia, ocupación y documento de identidad; esta información no queda registrada en la historia clínica debido a que en su diseño no están contemplados dichos datos.

Los profesionales odontólogos utilizan para el diligenciamiento de las historias clínicas en forma sistemática siglas que no son de general aceptación y

conocimiento; al igual dejan espacios sin diligenciar y hacen uso de correctores o se enmienda el texto escrito en las historias.

Existe ilegibilidad en el 43% de las historias clínicas evaluadas.

Los datos sexo, edad, dirección y teléfono de domicilio, fecha de atención, tipo de vinculación, fecha de nacimiento, nombres y apellidos, contemplados en la forma de historia clínica odontológica son diligenciados en forma adecuada.

Los criterios clínicos motivo de consulta, antecedentes médicos, hábitos orales nocivos, examen estomatológico, odontograma, impresión diagnóstica, plan de tratamiento, e identificación del odontólogo; que son los de mayor importancia dentro de la historia clínica, son completa y correctamente diligenciados por los odontólogos.

El pronóstico es un dato indispensable dentro de la historia clínica, pero éste no está contemplado en el diseño de la historia clínica y por lo tanto no se diligencia.

El odontólogo no coloca su sello en el registro de la atención brindada al paciente, si aparece su firma que en muchas oportunidades no permite identificarlo.

## 7. RECOMENDACIONES

*J* Asignar una carpeta a la Historia Clínica de cada paciente, ésta debe estar identificada con el número del documento de identidad del usuario.

*J* Adicionar a la forma de la historia clínica, en el área de identificación una casilla especial para registrar el tipo y número de identificación del paciente, estado civil, ocupación y nombre de una persona a la cual se le pueda notificar en caso de emergencia. (Anexo No. 6)

*J* Incluir en el área de Antecedentes Familiares y personales un ítem que interroge al paciente respecto a los antecedentes de tipo odontológico familiares y personales. (Anexo No. 6)

*J* Hacer referencia en el área de Hábitos Orales, sobre los buenos hábitos de higiene oral que pueda tener el paciente, así mismo incluir el porcentaje de placa bacteriana encontrado momento de la revisión. (Anexo No. 6)

*J* Solicitar la fecha y la firma de paciente al finalizar el interrogatorio.

*J* Crear en el área Periodontal unas casillas para registrar una segunda medida de las bolsas periodontales tomada durante la fase de control, para poder comparar estos datos con la medida inicial. (Anexo No. 6)

*J* Diseñar en el odontograma, ubicado en el área Dental, una convención que identifique los dientes que se encuentran sanos o en buen estado.

*Z* Crear un área con mayor espacio para el análisis e interpretación de las ayudas diagnósticas solicitadas, en el área de Órdenes de servicio. (Anexo No. 6)

S Incluir en la Historia Clínica un espacio donde se registren los diagnósticos definitivos según los hallazgos encontrados durante el análisis de la historia clínica. (Anexo No. 6)

✓ Registrar en el Plan de Tratamiento los procedimientos y actividades específicas que se deban ejecutar nombrando el número de diente y su superficie según el orden de prioridad. (Anexo No. 6)

✓ Crear el área de Pronóstico. (Anexo No. 6)

V Incluir el Consentimiento Informado. (Anexo No. 6)

J Elaborar una hoja de Tratamientos Ejecutados con espacios amplios donde se pueda registrar la fecha, el diente tratado, la descripción del procedimiento realizado, la firma del paciente y la firma y sello del odontólogo. (Anexo No. 6)

J Anexar a la historia clínica la Carta Odontolegal, cuyo requisito está establecido según la ley 38 de 1.993

J Capacitar a los odontólogos acerca de la resolución 1995 de 1.999 y las normas institucionales para el diligenciamiento de la historia clínica, sensibilizándolos de la importancia de la historia como soporte legal y de investigaciones científicas.

/ Realizar auditorías periódicas a los servicios de salud oral proponiendo alternativas para su mejoramiento y realizar el seguimiento correspondiente a la implementación de estas.

- f Estudiar la posibilidad de reubicar el archivo de historias clínicas odontológicas o en su defecto buscar ampliación del recinto actual.
- J Capacitar a los odontólogos acerca de la resolución 1995 de 1.999 y las normas institucionales para el diligenciamiento de la historia clínica, sensibilizándolos de la importancia de la historia como soporte legal y de investigaciones científicas.
- z Realizar auditorias periódicas a los servicios de salud oral proponiendo alternativas para su mejoramiento y realizar el seguimiento correspondiente a la implementación de estas.
- z Definir y documentar los procesos del archivo de historias clínicas que incluya egreso e ingreso de las historias, préstamos, retiro de documentos en forma definitiva, forma de buscar y archivar, conservación, reserva.
- z Realizar una jornada especial que permita identificar las historias inactivas para sacarlas del archivo de gestión y enviarlas a un archivo central, con esto se logra descongestionar el archivo y aumentar el espacio libre
- z Redistribuir los estantes en el espacio y si es posible retirar algunos de ellos del archivo.
- Z Colocar una reja de madera en la puerta para restringir el ingreso al archivo.
- Z Realizar gestiones con el SENA para enviar al funcionario del archivo a una capacitación sobre el manejo del mismo.
- z Diseñar e implementar el manual de procedimientos del archivo.

*J* Colocar reja de seguridad que restrinja el acceso al archivo de personal ajeno a esta área.

*J* El funcionario encargado de archivo debe estar dedicado exclusivamente a esta área para evitar que otras personas, que posiblemente no estén capacitadas en esta actividad, entorpezcan su buen funcionamiento.

## BIBLIOGRAFIA

1. Seguro Social para siempre. Editorial Panamericana formas e impresos. 1.997
2. Ley 100 de Diciembre de 1.993. Ministerio de Salud
3. Resolución 02016 de 28 de Septiembre de 1.970. Consejo Directivo de ICSS
4. Decreto 1750 de 26 de Junio de 2.003. Ministerio de Protección Social
5. Decreto 1876 de 3 de Agosto de 1.994. Presidencia de la República.
6. Decreto 2309 de 15 de Octubre de 2.002. Ministerio de Salud
7. AUDITORIA: Herramienta de gestión de calidad. Programa E.M.C. Junio 17  
Revista Todo Hospital. 1997 (140): 58-64. España, 2001.
8. MIRA, J.; GOMEZ, J.; ARANAZ J. y PEREZ E. Auditoria de Historias Clínicas.  
Revista todo hospital. 1997 (140): 58-64 España
9. CORRAL, F.; ARROJO J.; GALLEGO, A.; MACHIN A.J. Auditoria de las  
Historias clínicas de un centro de salud en base a técnicas de control de calidad.  
Revista Centro de Salud. 1995; 3(2): 95-100 España.
10. ROBINSON M.B. EVALUATION MEDICAL AUDIT. Journal Epidemid  
Community Health. 1.994; 48: 435-440



11. KRANE R, MACIEJEWSKI M, FICH M. THE RELATIONSHIP OF PATIENT SATISFACTION WITH CARE AND CLINICAL OUTCOMES. Med Care 1.997; 35: 714- 730
12. LIZAN L, RIEGA. PERSPECTIVA DEL PACIENTE EN LA EVALUACION DE RESULTADOS EN ATENCION PRIMARIA. MEDIDA DE CALIDA DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. Cuaderno de gestión 1.998; 119: 119-131
13. Resolución 1995 de 8 de Julio de 1.995. Ministerio de Salud
14. Ley 594 de 14 de Julio de 2.000. Congreso de Colombia.
15. MEJIA Braulio. Auditoria Médica. Editorial Panamericana 2.000
16. MEJIA Braulio. Gerencia de Procesos. Editorial Panamericana 2.000
17. LONDOÑO M, MORENO G, LAVERDE P. Auditoria en Salud. Para una gestión eficiente, Editorial médica Panamericana, 1998
18. Ley 38 de 15 de Enero de 1993. Congreso de Colombia.
19. C. Violan; E; Pujol; M. Marzo; DAP Sant Martí. Barcelona. Institut Catalá de la Salut. Auditorias de Historias Clínicas; 1 Enero 2000. Volumen 6 - Número 1 p. 10 -18.
20. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre normas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica. Hamburgo, Alemania, noviembre 1997.



# HISTORIA CLINICA DE ATENCION ODONTOLOGICA

## B - TRATAMIENTO'

SE@mO SO&amp;AL

## I. IDENTIFICACION

FECHA DE APERTURA: [      ]

Año      Mes      Día

1 er. APELLIDO			2do. APELLIDO			NOMBRES			No. AFILIACION					
FECHA DE NACIMIENTO			EDAD Y SEXO			TIPO DE VINCULACION			DIRECCION RESIDENCIA:			TELEFONO:		
Año	Mes	Día	M	F	A	DH	P	DEPARTAMENTO:			MUNICIPIO:			
SECCIONAL						CAA:	UAI:	NOMBRE CENTRO DE ATENCION			CODIGO:			
						U PI:	OTROS:							
DIRECCION EMPRESA:									TELEFONO:					

## II. MOTIVO CONSULTA

--

## III. ANTECEDENTES MEDICOS

1 Tratamiento Médico con Medicación		OBSERVACIONES
2. Reacciones Alérgicas a:		
3. Problemas de Coagulación		
4. Irradiaciones		
5. Trastornos de la Tensión Arterial		
6. Sinusitis		
7. Enfermedades Respiratorias		
8. Cardiopatías		
9. Diabetes		
10. Fiebre Reumática		
11. Hepatitis		
12. Síndrome de Inmuno deficiencia Adquirida		
13. Transtornos Emocionales		

## IV. HABITOS ORALES NOCIVOS

Mala Higiene	Succión Digital	Lengua Protráctil
Respiración Bucal	Queilosfagia	Otros
OBSERVACIONES:		

## V. EXAMEN ESTOMATOLOGICO

ESTRUCTURA	SIGNOS Y SINTOMAS	DIAGNOSTICO
Labio Inferior		
Labio Superior		
Comisura		
Mucosa Oral		
Surcos Vestibulares		
Mejillas		
Proceso Alveolar		

ESTRUCTURA	SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNOSTICO
PALADAR BLANDO		
PALADAR DURO		
PISO DE BOCA		
DORSO DE LENGUA		
VIENTRE DE LENGUA		
PAROTIDAS		
G. SUBLINGUALES		
G. MAXILARES		
G. MENORES		
MAXILAR SUPERIOR		
MAXILAR INFERIOR		

A.T.M.	FACETAS DE DESGASTE	RUIDOS	DESVIACION	CAMBIO DE VOLUMEN	BLOQUEO MANDIBULAR	LIMITACION APERTURA	DOLOR
DERECHO							
IZQUIERDO							

OBSERVACIONES:

ALTERACIONES PERIODONTALES

ENCIAS	COLOR	VOLUMEN	TEXTURA	INSERCIÓN	SANGRADO	EXUDADO
PAPILAR						
MARGINAL						
ADHERIDA						

Movilidad																			
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
Bolsa																			
Movilidad																			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
Bolsa																			

OTRAS ALTERACIONES	DIENTES	DIAGNOSTICO
Del color		
Del tamaño		
De la erupción		
De desarrollo		
De la posición		
Por trauma		

SIMB.	CONDICIONES	COLOR	VESTIBULAR	
■	Caries o Recurrencia	Rojo	18   17   16,15   14   113   112   11	121   22   23   24   25   26   27   28
■	Obturado	Azul	⊗⊗⊗⊗⊗⊗⊗⊗	⊗⊗⊗⊗⊗⊗⊗
○	Corona Completa	Azul	155,54   53   52   51	161   62   63   64   65
—	Protesis Existente	Azul	⊗⊗⊗⊗⊗	⊗⊗⊗⊗⊗
X	Extracción Indicada	Rojo	Derecho	LINGUAL
—	Sin Erupcionar	Azul	AA AA AA AA AA	AA AA AA AA AA
			' 85 ' 84 ' 83 ' 82 ' 81 ' 1	' 71 ' 72 ' 73 ' 74 ' 75 ' 1
I	Perdido	Azul	⊗⊗⊗⊗⊗⊗⊗⊗	⊗⊗⊗⊗⊗⊗⊗
A	Necesita Endodoncia	Rojo	148   47   46   45   44   43   42   41	131   32   33   34   35   36   37   38
A	Con Tratamiento de Conductos	Azul		
			VESTIBULAR	





ANEXO 2. LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR EL DISEÑO DE LA HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA DEL CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA CENTRAL DE LA EPS SEGURO SOCIAL

ATRIBUTO	PRESENTE	AUSENTE	OBSERVACIONES
<b>CRITERIOS ADMINISTRATIVOS</b>			
Identificación			
Apellidos y Nombre completo			
Estado Civil			
Documento de Identidad			
Fecha de Nacimiento			
Edad			
Sexo			
Ocupación			
Dirección del domicilio			
Teléfono de domicilio			
Parentesco persona responsable			
Aseguradora			
Tipo de Vinculación			
Fecha de atención			
Hora de atención			
Consentimiento informado			
<b>CRITERIOS CLÍNICOS</b>			
Motivo de consulta			
Antecedentes médicos			
Patológicos			
Farmacológicos			
Alérgicos			
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida			

C.M. DENTELMANN

ATRIBUTO	PRESENTE	AUSENTE	OBSERVACIONES
Hábitos Orales Nocivos			
Exámen Estomatológico			
Labios			
Comisuras			
Mucosa Oral			
Piso de la Boca			
Lengua			
Paladar Duro			
Paladar Blando			
Encías			
Articulación Temporo Mandibular			
Odontograma			
Índice COP			
Medidas de Higiene Oral			
Historia Clínica Odontolegal			
Ordenes de servicio			
Análisis e interpegretación de resultados			
Impresión Diagnóstica			
Pian de Tratamiento			
Pronóstico			
Identificación del odontólogo			
Apellidos y Nombre			
Firma			
Sello			
13.Procedimiento realizado			
Fecha			
Diente tratado			
Descripción del procedimiento realizado			
Firma y Sello			

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS ADMINISTRATIVOS Y CLÍNICOS DEL DIL1GENCIAMIENTO DE LAS HISTORIASCLINICAS DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA CENTRAL DE LA ESE FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

INFORMACION ADMINISTRATIVA REQUERIDA.

ATRIBUTO	CALIFICACION	PONDERACION	RESULTADO PONDERADO
1. Carpeta para archivo		0.05	
2. Identificación		0.16	
Apellidos y Nombre completo		0.02	
Estado Civil		0.001	
Documento de Identidad		0.02	
Fecha de Nacimiento		0.02	
Edad		0.01	
Sexo		0.01	
Ocupación		0.01	
Dirección del domicilio		0.01	
Teléfono de domicilio		0.02'	
Parentesco persona responsable		0.01	
Aseguradora		0.01	
Tipo de Vinculación		0.01	
3. Legibilidad		0.02	
4. Enmendaduras		0.02	
5. Siglas		0.02'	
6. Espacios en blanco		0.02	
7. Fecha de atención		0.03	
8. Hora de Atención		0.03	
9. Consentimiento informado		f'' 0.05	
TOTAL		0.4	



INFORMACION CLINICA REQUERIDA.

ATRIBUTO	CALIFICACION	PONDERACIÓN	RESULTADO PONDERADO
1. Motivo de consulta		0.07	
2. Antecedentes médicos		0.04	
Patológicos		0.01	
Farmacológicos		0.01	
Alérgicos		0.01	
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida		0.01	
3. Hábitos Orales Nocivos		0.02	
4. Exámen Estomatológico		0.06	
Labios		0.0075	
Comisuras		0.0075	
Mucosa Oral		0.0075	
Piso de la Boca		0.0075	
Lengua		0.0075	
Paladar Duro		0.00375	
Paladar Blando		0.00375	
Encías		0.0075	
Articulación Temporo Mandibular		0.0075	
5. Odontograma		0.08	
6. Índice COP		0.02	
7. Ordenes de servicio		0.015	
8. Análisis e interpepretación de resultados		0.015	
9. Impresión Diagnóstica		0.08	
10. Plan de Tratamiento		0.08	
11. Pronóstico		0.02	
12. Identificación del odontólogo		0.03	
Apellidos y Nombre		0.01	1
Firma		0.01	1

Sello		0.01	
13.Procedimiento realizado		0.07	
Fecha		0.175	
Diente tratado		0.175	
Descripción del procedimiento realizado		0.175	
Firma y Sello		0.175	
TOTAL		0.6	

ANEXO 4. INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN DE CRITERIOS ADMINISTRATIVOS Y CLÍNICOS DEL DILIGENCIAMIENTO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA CENTRAL DE LA ESE FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

1. Carpeta para archivo: en la segunda columna se califica con 1 si la historia clínica no se encuentra dentro de la carpeta o chuspa debidamente identificada con el nombre del afiliado cotizante y el número de documento de identidad y con 2 en el caso que si haya carpeta.

2. Identificación: en la segunda columna frente a este atributo no se dígita ningún dato.

Apellidos y Nombre completo: en la segunda columna se califica con 1 si falta el nombre o alguno de los apellidos y se califica con 2 si se encuentra completamente diligenciado el nombre del usuario.

Estado Civil: en la segunda columna se califica con 1 si no está registrado el estado civil del usuario, para menores de edad no aplica y se califica con 2 si se encuentra diligenciado esta dato. Las posibles respuestas son casado, soltero y unión libre.

Documento de Identidad: en la segunda columna se califica con 1 si falta este dato y se califica con 2 si esta presente. El Documento de Identidad se refiere al número del documento de identificación, debe anotarse en forma clara y precisa y las posibles respuestas son Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Pasaporte, Tarjeta de Identidad o Registro Civil y

Fecha de Nacimiento: en la segunda columna se califica con 1 si la fecha no se encuentra digitada y con 2 si está presente; debe estar anotado en números arábigos los dos últimos dígitos del año, el mes y el día de nacimiento del paciente.

Edad: en la segunda columna se califica con 1 si no se encuentra la edad en años y se califica con 2 si esta presente este dato; debe estar consignada en números arábigos la edad.

CNS - CLINICA MEDICA

Sexo: en la segunda columna se califica con 1 si no se encuentra este dato y se califica con 2 si está presente el dato; debe estar consignado M para los hombres y F para las mujeres.

Ocupación: en la segunda columna se califica con 1 si no se encuentra este dato y con 2 si está presente; debe estar consignada de acuerdo a la profesión u oficio desempeñado por el usuario.

Dirección del domicilio: en la segunda columna se califica con 1 si no se encuentra este dato y se califica con 2 si está presente; debe estar consignada la dirección donde vive el cliente externo en forma clara y completa.

Teléfono del domicilio: en la segunda columna se califica con 1 si no se encuentra este dato y se califica con 2 si está presente; debe estar consignado en forma clara y completa.

Persona responsable: este dato aplica para los clientes menores de 18 años; en la segunda columna se califica con 1 si no se encuentra registrado el nombre de su acudiente y se califica con 2 en el caso que el dato esté presente.

Aseguradora: en la segunda columna se califica con 1 si no se encuentra el nombre de la empresa aseguradora o responsable de la atención del usuario y se califica con 2 cuando se encuentra registrada esta información.

Tipo de Vinculación: en la segunda columna se califica con 1 si el espacio se encuentra en blanco y se califica con 2 si esta marcada con una X en la casilla correspondiente

3. Legibilidad: la primera columna se califica con 1 si el texto de la historia clínica se lee con mucha dificultad o es ilegible y se califica con 2 en el caso contrario.

4. Enmendaduras: la primera columna se califica con 1 si se encuentran tachones o correcciones con cualquier tipo de borrador y se califica con 2 en el caso contrario.

5. Siglas: la primera columna se califica con 1 si se encuentran siglas dentro de la redacción y se califica con 2 en el caso contrario. Las únicas siglas aceptadas son M-mesial, D-distal, P-proximal, L-lingual, P-palatina.

6. Espacios en blanco: la primera columna se califica con 1 si se encuentran intercalaciones en la redacción o huecos de información y se califica con 2 en el caso contrario.

7. Fecha de atención: la segunda columna se califica con 1 si la fecha no se encuentra digitada y con 2 si está presente; debe estar anotado en números arábigos los dos últimos dígitos del año, el mes y el día de atención del paciente.

8. Hora de atención: la segunda columna se califica con 1 si la hora no se encuentra digitada y con 2 si está presente; debe estar anotada en números según el horario militar.

9. Consentimiento informado: la segunda columna se califica con 1 si no está anexo este registro con 2 si está presente. Se refiere a la autorización de tratamiento en forma explícita, escrita y clara.

## INFORMACIÓN CLÍNICA

1. Motivo de consulta: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y con 2 si se encuentra registrado en forma legible la interpretación de la causa referida por el paciente.

2. Antecedentes médicos: en la segunda columna frente a este atributo no se dígita ningún dato.

Patológicos: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y con 2 si aparece registrado el signo (+) ó (-) de acuerdo con la presencia o ausencia de cada uno de los antecedentes y situaciones médicas enumeradas.

Farmacológicos: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y con 2 si aparece registrado el signo (+) ó (-) de acuerdo con la presencia o ausencia de cada uno de los antecedentes y situaciones médicas enumeradas.

Alérgicos: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y con 2 si aparece registrado el signo (+) ó (-) de acuerdo con la presencia o ausencia de cada uno de los antecedentes y situaciones médicas enumeradas.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y con 2 si aparece registrado el signo (+) ó (-) de acuerdo con la presencia o ausencia de cada uno de los antecedentes y situaciones médicas enumeradas.

3. Hábitos Orales nocivos: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y con 2 si aparece registrado el signo (+) ó (-) de acuerdo con la presencia o ausencia de estos.

4. Examen Estomatológico: en la segunda columna frente a este atributo no se dígit a ningún dato.

Labios: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si se encuentran diligenciados los signos y síntomas, y con base en estos se define el diagnóstico; ante la ausencia de signos y síntomas, se debe registrar normal y en diagnóstico, sano.

Comisuras: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si se encuentran diligenciados los signos y síntomas, y con base en estos se define el diagnóstico; ante la ausencia de signos y síntomas, se debe registrar normal y en diagnóstico, sano

Mucosa Oral: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si se encuentran diligenciados los signos y síntomas, y con base en estos se define el diagnóstico; ante la ausencia de signos y síntomas, se debe registrar normal y en diagnóstico, sano

Piso de Boca: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si se encuentran diligenciados los signos y síntomas, y con base en estos se define el diagnóstico; ante la ausencia de signos y síntomas, se debe registrar normal y en diagnóstico, sano

Lengua: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si se encuentran diligenciados los signos y síntomas, y con base en estos se define el diagnóstico; ante la ausencia de signos y síntomas, se debe registrar normal y en diagnóstico, sano

Paladar Duro: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si se encuentran diligenciados los signos y síntomas, y con base en estos se define el diagnóstico; ante la ausencia de signos y síntomas, se debe registrar normal y en diagnóstico, sano

Paladar Blando; la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si se encuentran diligenciados los signos y síntomas, y con base en estos se define el diagnóstico; ante la ausencia de signos y síntomas, se debe registrar normal y en diagnóstico, sano

Encías: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si se encuentran diligenciados los signos y síntomas, y con base en estos se define el diagnóstico; ante la ausencia de signos y síntomas, se debe registrar normal y en diagnóstico, sano

Articulación Temporomandibular: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si está marcada con el signo (+) ó (-) según la presencia o ausencia de las alteraciones descritas y su localización.

5. Odontograma: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si está diligenciado de acuerdo con su simbología y colores establecidos.

6. índice COP: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta *información está en blanco* y la segunda columna se califica con 1 si está diligenciado, teniendo en cuenta que los perdidos serán los extraídos o con extracción indicada solamente por caries. Aplica únicamente para pacientes mayores de 5 años. El índice COO se usa para clientes externos menores de 5 años solamente.

7. Órdenes de servicio; la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si aparece registrado el año, mes y día de la expedición y el nombre del servicio ordenado; si no hay ordenes de servicio en el momento del examen se debe anotar la fecha y en tipo de orden y análisis de resultados se anota (-).

8. Análisis e interpretación de resultados: la segunda columna se califica con 1 si a pesar de haber solicitado un examen de complementación diagnóstica o terapéutica no aparece escrito el resultado o su interpretación y la segunda columna se califica con 1 si esta información si aparece registrada.

9. Impresión diagnóstica:

10. Plan de Tratamiento: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si se encuentra anotado en la casilla correspondiente el número de la

prioridad del tratamiento asignado por el profesional, teniendo en cuenta que la prioridad va en orden ascendente de 1 a 8; también debe estar consignado en la casilla correspondiente el número de sesiones que considera el profesional para dichas necesidades.

11. Pronóstico:

12. Identificación del Odontólogo: en la segunda columna frente a este atributo no se dígita ningún dato.

Apellidos y Nombre: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si están diligenciados los datos relativos al profesional que diligenció la historia.

Firma: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si aparece la firma del profesional que diligenció la historia.

Sello: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si aparece el sello del profesional que diligenció la historia.

13. Procedimiento realizado: en la segunda columna frente a este atributo no se dígita ningún dato.

Fecha: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si aparece registrado el año, mes y día de la atención brindada.

Diente tratado: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si aparece registrado el ó los dientes tratados de acuerdo con la nomenclatura del odontograma.

Descripción del procedimiento realizado: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si aparece descrito en forma sucinta los procedimientos realizados.

Firma y sello: la segunda columna se califica con 1 si el espacio destinado para esta información está en blanco y la segunda columna se califica con 1 si aparecen consignados los datos correspondientes al profesional que brindó la atención.



ANEXO 5. ENCUESTA PARA LA EVALUACIÓN DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS  
DEL CAA CENTRAL DE LA ESE FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

No.	PREGUNTA	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	R/PT
1	Existe archivo de historias clínicas única en la institución?					
2	Existe archivo de gestión?					
3	Existe archivo central?					
4	Existe archivo histórico?					
5	El archivo está ubicado en un área con acceso restringido?					
6	En el área de archivo funciona exclusivamente el archivo de historias clínicas?					
7	El archivo se encuentra ordenado según el documento de identidad del paciente (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, tarjeta de identidad o registro civil)?					
8	Existen las condiciones locativas y ambientales que garanticen la integridad de las historias clínicas?					
9	Existe personal asignado exclusivamente al área de archivo de historias clínicas?					
10	En el evento que la historia clínica vaya a ser revisada por terceros se solicita autorización previa al paciente?					
11	Quiénes pueden solicitar la historia clínica?					

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

No.	PREGUNTA	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	R/PT
	A. Odontólogo tratante					
	B. Otro odontólogo					
	C. Auxiliar de odontología					
	D. Coordinador de odontología					
	E. Gerente del CAA					
	F. Otro					
12	Quiénes tienen llave del archivo de historias clínicas?					
	A. Auxiliar de archivo					
	B. Auxiliar de odontología					
	C. Otro					
13	La entidad ofrece capacitación periódica al personal encargado del área de archivo?					
14	Existe una forma para consignar el retiro de documentos de la historia clínica (laboratorio, placas de radiología, otros estudios) donde se registre la fecha, nombre y la firma del paciente?					
15	Existe un procedimiento documentado o no, para el circuito de las historias clínicas?					
16	Quién se encarga de buscar las historias clínicas?					
	A. Auxiliar de archivo					
	B. Auxiliar de odontología					
	C. Otro					

No.	PREGUNTA	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	R/PT
	Quién se encarga de distribuir las historias clínicas a los consultorios?					
	A. Auxiliar de archivo					
	B. Auxiliar de odontología					
	C. Otro					
17	Quién se encarga de recoger las historias clínicas de los consultorios?					
	A. Auxiliar de archivo					
	B. Auxiliar de odontología					
	C. Otro					
18	Quién se encarga de archivar las historias clínicas?					
	A. Auxiliar de archivo					
	B. Auxiliar de odontología					
	C. Otro					
19	Cuánto tiempo se utiliza entre la solicitud y la entrega de las historias clínicas?					
20	A. Menor a 1 hora					
	B. Entre 1 a 6 horas					
	C. Mayor a 6 horas					
21	Cuánto tiempo transcurre entre el final de la actividad (consulta odontológica) y el archivo de la historia clínica?					
	A. Menor a 1 hora					

	B. Entre 1 a 6 horas					
	C. Mayor a 6 horas					
	A. Se diligencia una nueva historia clínica					
	B. Se diligencia en un formato temporal					
22	Cuál es el procedimiento cuando la historia clínica que se solicita no se encuentra?					
	C. Se atiende el paciente pero no se diligencia la historia clínica					
23	La salida de la historia clínica del archivo de manera temporal, se registra en una forma diseñada para tal fin?					
24	Qué atributos contiene dicha forma?					
	A. Número de la historia clínica					
	B. Fecha del retiro de la historia clínica					
	C. Nombre y apellidos persona responsable de la historia clínica					
	D. Cargo					
	E. Firma					
25	En el lugar donde se sustrae la historia clínica se deja un separador que indique su ausencia?					

# ANEXO 6. HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

H.C. No.
----------

IPS

**I. IDENTIFICACIÓN**

FECHA DE APERTURA: 

--	--	--

Año Mes Día

Hora de Apertura 

--	--

 :

1er. APELLIDO	2clo. APELLIDO	NOMBRES	NO. AFILIACIÓN

TIPO DE DOCUMENTO CC _____ TIRC . CE. _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD N° _____

FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL				
Año	Mes	Día		F	M	S	C	V	OTRO	

TIPO DE VINCULACIÓN			SECCIONAL	DIRECCIÓN RESIDENCIA:		TELÉFONO:
A	DH	P				
			DEPARTAMENTO:		MUNICIPIO:	

EMPRESA DONDE LABORA:	CAA:	UAI:	NOMBRE CENTRO DE ATENCIÓN   CÓDIGO:			
	UPI:	OTROS:				

DIRECCIÓN EMPRESA:	TELÉFONO:
--------------------	-----------

OCUPACIÓN (PROFESIÓN U OFICIO)	EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:
	TELÉFONO:

**II. MOTIVO CONSULTA**

--

ANAMNESIS

**III. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES**

1. Tratamiento Médico con Medicación	
2. Reacciones Alérgicas a:	
3. Problemas de Coagulación	
4. Irradicaciones	
5. Trastornos de la Tensión Arterial	
6. Sinusitis	
7. Enfermedades Respiratorias	
8. Cardiopatías	
9. Diabetes	
10. Fiebre Reumática	
11. Hepatitis	
12. Síndrome de Inmuno deficiencia Adquirida	
13. Trastornos Emocionales	

OBSERVACIONES

**IV. ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES**

--

**V, ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS PERSONALES**

	SI	NO	OBSERVACIONES
USO DE PRÓTESIS			
HEMORRAGIAS			
DOLORES			
TRAUMAS			
FRACTURAS			
INFECCIONES			
BLOQUEO ARTICULAR			
TRISMUS			
INGESTA DE MEDICAMENTOS EN LA NIÑEZ			
OTROS			

■ ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA (FECHA Y RAZÓN)

CADA CUANTO VISITA AL ODONTÓLOGO

**VI. ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS FAMILIARES**

FECHA:

CERTIFICO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA H.C. FUERON SUMINISTRADOS POR MI

FIRMA

**VII. EXAMEN ESTOMATOLÓGICO**

ESTRUCTURA	ANORMAL	NORMAL	DESCRIPCIÓN
Labio Inferior			
Labio Superior			
Comisura			
Mucosa Oral			
Surcos Vestibulares			
<i>Mejillas</i>			
Proceso Alveolar			
Paladar Blando			
Paladar Duro			
Piso de Boca			
Dorso de Lengua			
Ventre de Lengua			
Parótidas			
G. Sublinguales			
G. Maxilares			
G. Menores			
Maxilar Superior			
Maxilar Inferior			

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### VIII. HALLAZGOS CLÍNICOS

HALLAZGOS CLÍNICOS	SI	NO	Nº DIENTE Y/O OBSERVACIONES
Fracturas			
Supernumerarios			
Decoloración			
Descalcificación			
Esmalte Mateado			
Mal oclusión			

### IX. HÁBITOS ORALES NOCIVOS

Brujismo		Succión Digital		Lengua Protráctil	
Respiración Bucal		Queilosfagia		Otros	
OBSERVACIONES:					

### X. ALTERACIONES LA ATM

A.T.M.	FACETAS DE DESGASTE	RUIDOS	DESVIACIÓN	CAMBIO DE VOLUMEN	BLOQUEO MANDIBULAR	LIMITACIÓN APERTURA	DOLOR
DERECHO							
IZQUIERDO							
OBSERVACIONES							

### XI. ALTERACIONES PERIODONTALES

ENCÍAS	COLOR	VOLUMEN	TEXTURA	INSERCIÓN	SANGRADO	EXUDADO
PAPILAR						
MARGINAL						
ADHERIDA						

Movilidad																	
Bolsa	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	

Movilidad																	
Bolsa	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

CONTROL FECHA \_\_\_\_\_

Movilidad																	
Bolsa	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	

Movilidad																	
Bolsa	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

### FACTORES IRRITATIVOS DEL PERIODONTO

	SI	NO				
PLACA			ZONA:			PRIMER CONTROL
						ULTIMO CONTROL
CÁLCULOS			LEVE	MODERADO	ABUNDANTE	AUSENTE
			ZONA:			
	SUPRA	SUB				

**XII. HIGIENE ORAL**

CONTROL PLACA

0-0.9:B	1-1.9:R	2-3:M
---------	---------	-------

(CONDICIÓN DE RIESGO DEL 15%)

(000)	( )	( )	( )
Q M I	G M I	G M I	G M I
I M G	I M G	I M G	I M G
(000)	( )	( )	( )
Fecha _____ índice _____	Fecha _____ índice _____	Fecha _____ índice _____	Fecha _____ índice _____
B _____ R _____ M _____	B _____ R _____ M _____	B _____ R _____ M _____	B _____ R _____ M _____
Condición de riesgo <input type="checkbox"/> Sí	Condición de riesgo <input type="checkbox"/> Sí	Condición de riesgo <input type="checkbox"/> Sí	Condición de riesgo <input type="checkbox"/> Sí
índice <input type="checkbox"/> No	índice <input type="checkbox"/> No	índice <input type="checkbox"/> No	índice <input type="checkbox"/> No

Frecuencia de cepillado

Seda Dental Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Enjuague Bucal Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**XIII. ÍNDICE COP**

Dientes: Cariados:Obturados:Perdidos

COP= \_\_\_\_\_ x 100% =

Total de dientes examinados

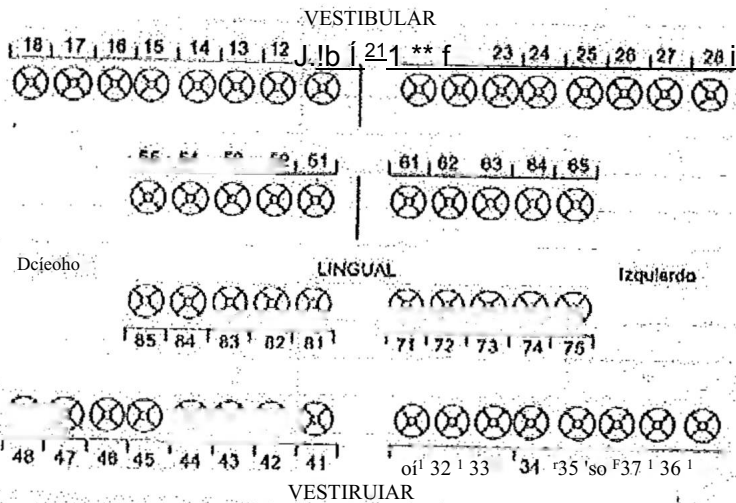
# Total dientes examinados

**XIV. ALTERACIONES PULPARES**

DIENTE	SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNOSTICO

OTROS ANTECEDENTES

**XV. ODONTOGRAMA**



CONVENCIONES	COLOR
CARIADO	Y ROJO
OBTURADO	7 AZUL
OBTURADO MAL ESTADO	OM ROJO
EXTRAIDO	1 AZUL
EXTRACCIÓN INDICADA	X ROJO
CON ENDODONCIA	A AZUL
NECESITA	A ROJO
NECESITA SELLANTE	S ROJO
CON SELLANTE	S AZUL
AUSENTE	A AZUL
SANO	✓ AZUL

ENDODONCIA



**XVI. ORDENES DE SERVICIO**

FECHA	TIPO DE ORDEN	ANÁLISIS DE RESULTADOS

**XVII. DIAGNÓSTICO ENCONTRADOS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**XVIII. PRONÓSTICOS**

**XIX. PLAN GENERAL DE TRATAMIENTO**

1. FASE DE URGENCIAS

2. FASE SISTÉMICA

3. FASE DE ADECUACIÓN

A. PREVENCIÓN

B. AMBIENTACIÓN DENTAL

4. FASE DE REEVALUACIÓN

5. FASE CORRECTIVA

6. FASE DE MANTENIMIENTO

FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MODIFICACIONES AL PLAN INICIAL DE TTO:FECHA:

**XX. IDENTIFICACIÓN DEL ODONTÓLOGO**

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES	CÓDIGO
FIRMA		SELLO	



# HISTORIA CLÍNICA ODONTOLEGAL

No. \_\_\_\_\_  
 Ante, \_\_\_\_\_ morten.  
 Post. morten. \_\_\_\_\_

AUTORIDAD SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

FECHA Y NÚMERO OFICIO PETITORIO O REFERENCIA:O.T. No.  
 FECHA EXAMEN: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

NO M B R E: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EDAD:SEXO:\_\_\_\_ ESTATURA: \_\_\_\_\_

SEÑALES PARTICULARES: \_\_\_\_\_

**OERHCHO**

**IZQUIERDO**

11	51		61	21
12	52		62	22
13	53		63	23
14	54		64	24
15	55		65	25
16				26
17				27
18				28
19				29
20				30
21				31
22				32
23				33
24				34
25				35
26				36
27				37
28				38
29				39
30			40	
31			41	
32			42	
33			43	
34			44	
35			45	
36			46	
37			47	
38			48	
39			49	
40			50	
41			51	
42			52	
43			53	
44			54	
45			55	
46			56	
47			57	
48			58	
49			59	
50			60	
51			61	
52			62	
53			63	
54			64	
55			65	
56			66	
57			67	
58			68	
59			69	
60			70	
61			71	

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

Pulgar* Derecho	índice Derecho
-----------------	----------------

FIRMA Y SELLO