DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN DESARROLLO WEB DE HISTORIAS CLÍNICAS DIGITALES PARA LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

JUAN DAVID SUAREZ MEZA

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA

INGENIERÍA TELEMÁTICA

MANIZALES

2013

TABLA DE CONTENIDO

Introducción 3
Planteamiento del problema 4
Justificación 5
Objetivos 6
Marco Teórico 7
¿Qué es HTML? 7
¿Qué es PHP? 9
¿Que es MySQL? 10
¿Qué es APACHE? 12
¿Qué es una Historia Clínica? 14
LEY 1438 DE 2011 17
Metodología 39
Fases del Proyecto 41
Cronograma de Actividades 42
Modelo Conceptual 43
Descripción del modelo actual 44
Modelo Entidad Relación 47
Entidad en las bases de datos en 1era fase 48
Aplicación o Desarrollo en 1era fase 50
Entidad en las bases de datos en fase terminada 55
Aplicación o Desarrollo en fase terminada 58
Conclusiones 71
Anexos 72
Especificación Técnicas 72
Manual para instalar Xampp 73
Bibliografía 75

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años de han desarrollado soluciones informáticas para la historia clínica de atención especializada, en el momento todos los servicios de salud como lo son la territorial de salud,se encuentran haciendo un analisis de renovacion de licencias para continuar con los consultorios particulares. Exigen a todos los médicos tener un control de las historias clínicas de todos sus pacientes, sin posibilidad de modificación, solo anexos de nuevas visitas.

Los beneficios de la historia clínica digital son, entre otros, la comodidad y la confianza para los pacientes, la facilidad para la integración de asistencia , la mejora de eficiencia y de la calidad del soporte de análisis de la actividad clínica.

El proyecto especial debe hacerse a la mejora de la accesibilidad, la posible concurrencia en el acceso y modificación de la historia clínica, y las ventajas para la seguridad y confidencialidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sistema de salud esta llevando un sistema de control de archivos físicos en los cuales se encuentran los historias clínicas de sus pacientes. Estos archivos son elaborados a mano y almacenados en carpetas donde solo los médicos tiene el acceso a este tipo de documentos.

Ya que esto genera inseguridad para el paciente y el medico, tradicionalmente la historia clínica se ha hecho a papel escrito, esta dicha historia física tiene diversos inconvenientes, como son la caligrafía y deterioro de los documentos.

Diseño e implementación de un desarrollo web de historias clínicas digitales, lo importante de la creación de este desarrollo, se va a generar una organización en la base de datos de la facultad de ciencias de la Universidad Catolica de Manizales, en la cual el paciente va a tener un registro de su propia historia clínica , y así va hacer atendido mas rápido y seguro.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el manejo de la información exige rapidez y precisión en su ejecución, a esto responde una sistematización clara, eficaz, segura y rápida, para el manejo seguro de datos, así como la integridad de todo esto nos exige un diseño e implementación de un desarrollo web para historias clínicas digitales , con el fin de tener unas características especificas que son acceder de forma rápida y fácil, tener información actualizada y precisa, mantener la información de forma compacta y tener la información segura de deterioro.

Por eso es creado un software que proporciona herramientas , para mejorar las condiciones de trabajo de los médicos y la seguridad de sus pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Diseñar e implementar un aplicativo que supla las necesidades informáticas de los médicos con consultorio privado, para así llevar un control de su sistema de historias clínicas, gestionando y mejorando los servicios médicos.

Objetivos Específicos:

1. Administrar la información de forma sencilla.
2. Brindar seguridad en el manejo de la información.
3. Manejar un acceso segura y rápido a la información que se solicite.
4. Mejorar el sistema actual y evitar inconvenientes con el sistema manuscrito.
5. Solucionar necesidades del manejo de la información de la facultad de las ciencias de la salud de la Universidad Catolica de Manizales.

MARCO TEORICO

1.1 ¿QUÉ ES HTML?

HTML es un lenguaje de programación que se utiliza para el desarrollo de páginas de Internet. Se trata de la sigla que corresponde a HyperText Markup Lenguaje, es decir, Lenguaje de Marcas de Hipertexto, que podría ser traducido como Lenguaje de Formato de Documentos para Hipertexto.

Se trata de un formato abierto que surgió a partir de las etiquetas SGML (Standard Generalized Markup Language). Concepto traducido generalmente como "Estándar de Lenguaje de Marcado Generalizado" y que se entiende como un sistema que permite ordenar y etiquetar diversos documentos dentro de una lista. Este lenguaje es el que se utiliza para especificar los nombres de las etiquetas que se utilizarán al ordenar, no existen reglas para dicha organización, por eso se dice que es un sistema de formato abierto.

[1]

EL HTML se encarga de desarrollar una descripción sobre los contenidos que aparecen como textos y sobre su estructura, complementando dicho texto con diversos objetos (como fotografías, animaciones, etc).

Es un lenguaje muy simple y general que sirve para definir otros lenguajes que

tienen que ver con el formato de los documentos. El texto en él se crea a partir de etiquetas, también llamadas tags, que permiten interconectar diversos conceptos y formatos.

Para la escritura de este lenguaje, se crean etiquetas que aparecen especificadas a través de corchetes o paréntesis angulares: < y >. Entre sus componentes, los elementos dan forma a la estructura esencial del lenguaje, ya que tienen dos propiedades (el contenido en sí mismo y sus atributos).

Por otra parte, cabe destacar que el HTML permite ciertos códigos que se conocen como scripts, los cuales brindan instrucciones específicas a los navegadores que se encargan de procesar el lenguaje. Entre los scripts que pueden agregarse, los más conocidos y utilizados son JavaScript y PHP.

El marcado estructural es el que estipula la finalidad del texto, aunque no define cómo se verá el elemento. El marcado presentacional, por su parte, es el que se encarga de señalar cómo se verá el texto más allá de su función.

Para conocer el código HTML que utiliza una página web, hay que seleccionar Ver código fuente en nuestro navegador (como Internet Explorer o Mozilla Firefox). Al elegir esta opción, se abrirá el editor de texto con el código HTML de la página que se está visualizando.

Breve historia del HTML

Este lenguaje fue desarrollado por la Organización Europea de Investigación Nuclear (CERN) en el año 1945 con la finalidad de desarrollar un sistema de almacenamiento donde las cosas no se perdieran, que pudieran ser conectadas a través de hipervínculos. Primeramente crearon un dispositivo llamado “memex”, el cual era considerado como un suplemento para la memoria.

Posteriormente, Douglas Engelbart, diseñó un entorno de trabajo por computadora que recibiría el nombre de oNLine System que poseía un catálogo para facilitar la tarea de búsqueda dentro de un mismo organismo.

Recién en 1965, Ted Nelson acuñó el término hipervínculo, ideando una estructura que se encontraba conectada de forma electrónica y que más tarde permitiría la creación de la World Wide Web (1989), un sistema de hipertexto a través del cual era posible compartir una variada información sirviéndose de Internet (servía para la comunicación entre investigadores nucleares que formaran parte del CERN).

El norteamericano Tim Berners-Lee fue el primero en proponer una descripción de HTML en un documento que publicó en 1991. Allí describía veintidós componentes que suponen el diseño más básico y simple del HTML.

El tipo de codificación que se utilizó para el desarrollo de este sistema de hipervínculos debía ser comprendido, tanto por ordenadores tontos como por mega-estaciones, por eso fue necesario crear uno absolutamente simples, tanto en lo que respectaba al lenguaje de intercambio (HTML), como el que hacía referencia al protocolo de red (HTTP).

Al día de hoy existen los Editores Web que permiten que los diseñadores, a través de herramientas gráficas que reciben el nombre de WYSIWYG puedan crear páginas web sin conocer el código html, este se crea de forma automatizada, dándole estructura a la web y permitiendo que sea más allá del ordenador donde es creada. Entre los recursos que pueden enlazarse al código HTML se encuentran fotografías, vídeos, archivos de otras webs o incluso de la misma y todo tipo de contenido que se encuentre subido a la red.[1]

1.2 ¿QUÉ ES PHP?

PHP es un lenguaje de código abierto muy popular, adecuado para desarrollo web y que puede ser incrustado en HTML. Es popular porque un gran número de páginas y portales web están creadas con PHP. Código abierto significa que es de uso libre y gratuito para todos los programadores que quieran usarlo. Incrustado en HTML significa que en un mismo archivo vamos a poder combinar código PHP con código HTML, siguiendo unas reglas.

PHP se utiliza para generar páginas web dinámicas. Recordar que llamamos página estática a aquella cuyos contenidos permanecen siempre igual, mientras que llamamos páginas dinámicas a aquellas cuyo contenido no es el mismo siempre. Por ejemplo, los contenidos pueden cambiar en base a los cambios que haya en una base de datos, de búsquedas o aportaciones de los usuarios, etc.[2]

"El PHP es un lenguaje de script incrustado dentro del HTML. La mayor parte de su sintaxis ha sido tomada de C, Java y Perl con algunas características especificas de si mismo. La meta del lenguaje es permitir rápidamente a los desarrolladores la generación dinámica de paginas".[3]

1.3¿QUÉ ES MySQL?

Es un sistema de gestión de bases de datos relacional, fue creada por la empresa sueca MySQL AB, la cual tiene el copyright del código fuente del servidor SQL, así como también de la marca.

MySQL es un software de código abierto, licenciado bajo la GPL de la GNU, aunque MySQL AB distribuye una versión comercial, en lo único que se diferencia de la versión libre, es en el soporte técnico que se ofrece, y la posibilidad de integrar este gestor en un software propietario, ya que de otra manera, se vulneraría la licencia GPL.

El lenguaje de programación que utiliza MySQL es Structured Query Language (SQL) que fue desarrollado por IBM en 1981 y desde entonces es utilizado de forma generalizada en las bases de datos relacionales.

HISTORIA DE MySQL

MySQL surgió alrededor de la década del 90, Michael Windenis comenzó a usar mSQL para conectar tablas usando sus propias rutinas de bajo nivel (ISAM). Tras unas primeras pruebas, llegó a la conclusión de que mSQL no era lo bastante flexible ni rápido para lo que necesitaba, por lo que tuvo que desarrollar nuevas funciones. Esto resulto en una interfaz SQL a su base de

datos, totalmente compatible a mSQL.

El origen del nombre MySQL no se sabe con certeza de donde proviene, por una lado se dice que en sus librerías han llevado el prefijo "my" durante los diez últimos años, por otra parte, la hija de uno de los desarrolladores se llama My. Así que no está claramente definido cual de estas dos causas han dado lugar al nombre de este conocido gestor de bases de datos.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES:

Inicialmente, MySQL carecía de algunos elementos esenciales en las bases de datos relacionales, tales como integridad referencial y transacciones. A pesar de esto, atrajo a los desarrolladores de páginas web con contenido dinámico, debido a su simplicidad, de tal manera que los elementos faltantes fueron complementados por la vía de las aplicaciones que la utilizan. Poco a poco estos elementos faltantes, están siendo incorporados tanto por desarrolladores internos, como por desarrolladores de software libre. En las últimas versiones se pueden destacar las siguientes características principales:

- El principal objetivo de MySQL es velocidad y robustez.
- Soporta gran cantidad de tipos de datos para las columnas.
- Gran portabilidad entre sistemas, puede trabajar en distintas plataformas y sistemas operativos.
- Cada base de datos cuenta con 3 archivos: Uno de estructura, uno de datos y uno de índice y soporta hasta 32 índices por tabla.
- Aprovecha la potencia de sistemas multiproceso, gracias a su implementación multihilo.
- Flexible sistema de contraseñas (passwords) y gestión de usuarios, con un muy buen nivel de seguridad en los datos.
- El servidor soporta mensajes de error en distintas lenguas.

VENTAJAS

• Velocidad al realizar las operaciones, lo que le hace uno de los gestores con mejor rendimiento.

• Bajo costo en requerimientos para la elaboración de bases de datos, ya que debido a su bajo consumo puede ser ejecutado en una máquina con escasos recursos sin ningún problema.

• Facilidad de configuración e instalación.

• Soporta gran variedad de Sistemas Operativos.

• Baja probabilidad de corromper datos, incluso si los errores no se producen en el propio gestor, sino en el sistema en el que está.

• Conectividad y seguridad.

DESVENTAJAS

• Un gran porcentaje de las utilidades de MySQL no están documentadas.

•No es intuitivo, como otros programas (ACCESS).[4]

1.4¿QUÉ ES APACHE?

Servidor web de distribución libre y de código abierto, siendo el más popular del mundo desde abril de 1996, con una penetración actual del 50% del total de servidores web del mundo (agosto de 2007).

La principal competencia de Apache es el IIS (Microsoft Internet Information Services) de Microsoft.

Apache fue la primera alternativa viable para el servidor web de Netscape Communications, actualmente conocido como Sun Java System Web Server.

Apache es desarrollado y mantenido por una comunidad abierta de desarrolladores bajo el auspicio de la Apache Software Foundation.

La aplicación permite ejecutarse en múltiples sistemas operativos como

Windows, Novell NetWare, Mac OS X y los sistemas basados en Unix.

HISTORIA DE APACHE

La primera versión del servidor web Apache fue desarrollada por Robert McCool, quien desarrollaba el servidor web NCSA HTTPd (National Center for Supercomputing Applications). Cuando Robert dejó el NCSA a mediados de 1994, el desarrollo de httpd se detuvo.

Robert McCool buscó otros desarrolladores para que lo ayudaran, formando el Apache Group. Algunos miembros del grupo original fueron Brian Behlendorf, Roy T. Fielding, Rob Hartill, David Robinson, Cliff Skolnick, Randy Terbush, Robert S. Thau, Andrew Wilson, Eric Hagberg, Frank Peters y Nicolas Pioch.

La versión 2 del servidor Apache fue una reescritura sustancial de la mayor parte del código de Apache 1.x, enfocándose en una mayor modularización y el desarrollo de una capa de portabilidad, el Apache Portable Runtime.

Apache 2.x incluyó multitarea en UNIX, mejor soporte para plataformas no Unix (como Windows), una nueva API Apache y soporte para IPv6.

La versión 2 estable de Apache, fue lanzada el 6 de abril de 2002.

Características de Apache

* Soporte para los lenguajes perl, python, tcl y PHP.

* Módulos de autenticación: mod_access, mod_auth y mod_digest.

* Soporte para SSL y TLS.

* Permite la configuración de mensajes de errores personalizados y

negociación de contenido.

* Permite autenticación de base de datos basada en SGBD.

USO DE APACHE

Apache es principalmente usado para servir páginas web estáticas y dinámicas en la WWW. Apache es el servidor web del popular sistema XAMP, junto con MySQL y los lenguajes de programación PHP/Perl/Python. La "X" puede ser la inicial de cualquier sistema operativo, si es Windows: WAMP, si es el Linux: LAMP, etc.[5]

1.5¿QUÉ ES UNA HISTORIA CLINICA?

La **historia clínica** es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud (médico, psicólogo, enfermero, kinesiólogo, odontólogo) y el paciente donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes. La historia clínica es un documento válido desde el punto de vista clínico y legal, que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social.[6]

[6]

La asistencia a los pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios genera una serie de información médica y administrativa sobre los mismos. Dicha información se registra en varios documentos, siendo el conjunto de estos documentos lo que constituye la historia clínica.

La historia clínica debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente en el hospital, debiendo existir un sistema eficaz de recuperación de la información clínica.

La principal función de la historia clínica es la asistencial ya que permite la atención continuada a los pacientes por equipos distintos. Otras funciones son: la docencia, el permitir la realización de estudios de investigación y epidemiología, la evaluación de la calidad asistencial, la planificación y gestión sanitaria y su utilización en casos legales en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera.

Para cumplir estas funciones la historia clínica debe ser realizada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento y con letra legible.

La historia clínica debe tener un formato unificado, tiene que haber una ordenación de los documentos y a ser posible, una unificación en el tipo de historia a realizar (narrativa, orientada por problemas, etc.).

CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

En la mayoría de hospitales, la conservación de la historia clínica es responsabilidad del departamento de Documentación Médica quién se responsabiliza de su custodia, de dictar normas sobre el contenido y forma de realizar la historia, así como de establecer las normas para el acceso de los profesionales sanitarios a dicha información. En la mayoría de hospitales la conservación de las historias clínicas se realiza mediante un archivo central para todo el hospital. El departamento de Documentación Médica debe

establecer asimismo sistemas de recuperación de la información eficientes mediante sistemas eficaces de localización de las historias y sistemas de codificación de la información más relevante: diagnósticos, procedimientos quirúrgicos, etc.

CONFIDENCIALIDAD Y ACCESIBILIDAD A LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica con todos sus documentos tiene carácter confidencial. Por lo tanto, todos los profesionales que tienen acceso a dicha información en su actividad diaria, tienen la obligación de mantener la confidencialidad. En caso de utilización de algunos de los datos de la historia clínica con fines docentes, epidemiológicos, etc, debe hacerse sin revelar ningún dato que pueda identificar al paciente.

Normalmente, en la mayoría de hospitales está establecida una normativa de acceso a la documentación clínica para los profesionales que trabajan en el centro. El farmacéutico clínico, como cualquier otro profesional sanitario, debe conocer estas normas y actuar de acuerdo a ellas. Cuando sea preciso recoger información o consultar alguna historia clínica que se encuentre en el archivo, se seguirá el procedimiento establecido en el hospital. Cuando se precise acceder a las historias clínicas en las plantas de hospitalización, como parte del trabajo diario del farmacéutico, normalmente no será necesario realizar ningún trámite especial, pues es algo que normalmente ya se ha acordado entre el Director del Servicio de Farmacia y los facultativos responsables de las salas de hospitalización, cuando el farmacéutico clínico inicia sus actividades de Atención Farmacéutica. Sin embargo como norma, es aconsejable que el farmacéutico clínico cuando inicie su trabajo en algún área del hospital, comente previamente con el equipo médico y de enfermería que va a acceder a la documentación clínica del paciente.[7]

1.6 LEY 1438 DE 2011

ELECTRÓNICA: Ley 1438 de 2011. Artículo 112. Articulación del Sistema de Información. Parágrafo transitorio. La historia clínica única historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación antes electrónica obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013, esta tendrá del 31 de diciembre del año 2013 plena validez probatoria. plena validez probatoria.

Conc. Ley 527 de 1999: reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales.

AUTOMATIZADA:

En la época actual, la automatización de la información contenida en la historia clínica es un imperativo legal para mejorar la calidad de la atención, por cuanto permite rápido acceso a registros vitales para definir el tratamiento o intervención al paciente, sin tener que esperar el documento físico.

La automatización tiene que ser sinónimo de transparencia, seguridad, confiabilidad, eficiencia, inviolabilidad, integridad y aplicación de principios archivísticos.

SANCIONES:

DISCIPLINARIAS: amonestación, suspensión, destitución.

PENALES: reclusión en establecimiento carcelario.

CIVILES: pago perjuicios por RCE. MORALES: crédito público.

Sentencia T-1148/08

HISTORIA CLINICA-Requisitos para acceder al documento por parte del núcleo familiar del fallecido

ACCION DE TUTELA-Entrega de la historia clínica por parte de la demandada al hermano de la persona fallecida previa acreditación de la relación de hermandad. El accionante solicita que se le dé copia de la historia clínica para

demostrar la negligencia, que se inicie un proceso legal con el fin de sancionarlo y que se profiera sanción y condena. Compensar EPS señaló que había dado las atenciones correspondientes al hermano del accionante, y, con relación a la historia clínica, indicó que se trata de un documento sometido a reserva, por lo que no le es posible suministrarla a personas distintas a las establecidas en la ley.

Sentencia T-338/09 (1) Derecho de acceso a la historia clínica del paciente fallecido-Reiteración de jurisprudencia

La Corte ha concluido que, sin perjuicio de la regla general que consagra la reserva de la historia clínica de la persona fallecida, los familiares más próximos de esta tienen derecho a acceder a la historia clínica, aun cuando no posean una autorización escrita y expresa del paciente. A ello no puede oponerse la entidad que custodia el documento.

Sentencia T-338/09 (2) La Corte Constitucional ha establecido que es imperativo que la entrega de la historia clínica esté precedida por el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) La persona que eleva la solicitud debe demostrar que el paciente ha fallecido. b) El interesado debe acreditar la documentación que demuestre la relación de parentesco con el difunto.

c) El peticionario debe expresar las razones por las cuales demanda el conocimiento de dicho documento d) Quien acceda a la información de la historia clínica del paciente por esta vía no puede hacerla pública

ACCESO A LA JUSTICIA

Las disposiciones legales y la jurisprudencia vigente, protegen a los usuarios del sistema de salud para que estos puedan acceder sin condicionamientos a su historia clínica, con la finalidad de tomar decisiones en relación con su estado de salud e interponer las acciones legales que consideren necesarias.

La negativa de la entidad, impide el acceso a la justicia del reclamante, al no poder obtener la información necesaria para interponer una eventual acción judicial que le permita reclamar los daños y perjuicios a los que afirma tiene derecho.

INOPONIBILIDAD:

Es claro que la historia clínica de quien ha fallecido es un documento privado sometido a reserva legal, la cual es inoponible a sus familiares más cercanos por existir entre ellos un estrecho lazo de confianza y amor.

No puede predicarse lo mismo de todos aquellos terceros interesados en tener acceso a dicha información, pues al no existir un interés legítimo que justifique levantar la reserva, es necesario acudir ante las autoridades competentes para que sean éstas quienes determinen el acceso a dicha documentación.[8]

RESOLUCION 1995 DE 1999

(Julio 8)

Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y en especial las conferidas por los artículos 1, 3, 4 y los numerales 1 y 3 del artículo 7 del Decreto 1292 de 1994 y

CONSIDERANDO

Que conforme al artículo 8 de la Ley 10 de 1990, al Ministerio de Salud le corresponde formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema de salud.

Que la Ley 100 de 1993, en su Artículo 173 numeral 2, faculta al Ministerio de

Salud para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios, de obligatorio cumplimiento por parte de todas las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.

Que el Decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 4 del Artículo 5, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilitara la realización de las labores de auditoria, vigilancia y control y contribuyera a una mayor información de los usuarios.

Que la Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

Que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

Que se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación en lo concerniente a los aspectos archivísticos contemplados en la Ley 80 de 1989.

Ver la Resolución del Min. Protección 2346 de 2007

RESUELVE:

CAPÍTULO I

DEFINICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES.

a) 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.

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

c) 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.

d) 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.

e) 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.

f) 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.

e) Archivo Histórico. Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

ARTÍCULO 2.- AMBITO DE APLICACIÓN.

Las disposiciones de la presente resolución serán 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.

ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Las características básicas son:

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, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie 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.

ARTÍCULO 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, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

CAPÍTULO II

DILIGENCIAMIENTO

ARTÍCULO 5.- GENERALIDADES.

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.

ARTÍCULO 6.- APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

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

A partir del primero de enero del año 2000, 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 el 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.

PARÁGRAFO PRIMERO. Mientras se cumple el plazo en mención, los prestadores de servicios de salud deben iniciar el proceso de adecuación correspondiente a lo ordenado en el presente artículo.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Todo prestador de servicios de salud debe utilizar

una historia única 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.

ARTÍCULO 7.- NUMERACION CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLINICA

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.

ARTÍCULO 8.- COMPONENTES.

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

ARTÍCULO 9.- 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.

ARTÍCULO 10.- 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.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen

y los generalmente aceptados en la practica de las disciplinas del área de la salud.

PARAGRAFO PRIMERO. Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.

PARAGRAFO SEGUNDO. 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 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.

ARTÍCULO 11.- 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.

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

PARAGRAFO SEGUNDO. A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnosticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro especifico de exámenes paraclinicos y las imágenes diagnosticas 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.

PARAGRAFO TERCERO. Los archivos de imágenes diagnosticas que hasta la fecha existen en las Instituciones Prestadoras de servicios deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados en él articulo 15 de la presente resolución. Los prestadores de servicios podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.

PARAGRAFO CUARTO. En todo caso el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando existiere esta constancia firmada por el usuario, será este ultimo el responsable de la conservación de las mismas.

CAPÍTULO III

ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

ARTÍCULO 12.- 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 y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

ARTÍCULO 13.- 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 este lo solicite,

para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

PARÁGRAFO PRIMERO. Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

PARÁGRAFO SEGUNDO. En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal.

PARÁGRAFO TERCERO. Modificado por el art. 1, Resolución del Min. Protección 1715 de 2005. En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

ARTÍCULO 14.- ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

1) El usuario.

2) El Equipo de Salud.

3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.

4) Las demás personas determinadas en la ley.

PARAGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

ARTÍCULO 15.- RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN. Modificado por el art. 2, Resolución del Min. Protección 1715 de 2005.

La historia clínica debe conservarse por un periodo 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.

Un vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

ARTÍCULO 16.- 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.

ARTÍCULO 17.- CONDICIONES FÍSICAS DE 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 en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.

ARTÍCULO 18.- 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 en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

CAPÍTULO IV

COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

ARTICULO 19.- DEFINICION.

Defínase el comité de historias clínicas como 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.

PARÁGRAFO. El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución.

ARTÍCULO 20.- FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.

a) Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.

b) Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.

c) 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.

d) Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

ARTICULO 21. - SANCIONES.

Los Prestadores de Servicios de Salud que incumplan lo establecido en la presente resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

ARTÍCULO 22.- VIGENCIA.

La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud

NOTA: Publicada en el Diario Oficial 43655 de agosto 5 de 1999.[9]

DIRECTRICES INSTITUCIONALES SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA

a)Registro cronológico de las condiciones de salud del paciente y procedimientos ejecutados por el estudiante y docente que intervienen en su atención. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con nombre completo y firma del autor de la misma.

b) La Historia Clínica debe ser diligenciada en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.

c) Obligatoriedad del registro de observaciones, conceptos, decisiones y resultados de cada una de las atenciones realizadas, hallazgos, recomendaciones y todas las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios, registrando la fecha de la atención.

d)Todo el personal asistencial y administrativo de la Institución relacionado con el manejo y tráfico de la Historias Clínicas son responsables de velar por su custodia y conservación.

e)Sin excepciones de ninguna índole, todos los pacientes atendidos deben tener el registro completo de la Historia Clínica incluyendo el diligenciamiento completo del Odontograma. Se debe tener presente las implicaciones legales que tiene el Odontograma como medio de identificación de Odontología Forense.

f) Todas las especialidades sin excepción deberán diligenciar la historia clínica completa e incluir en ella en anexo correspondiente

g) Los Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPs) deben ser diligenciados por el estudiante en el momento de la prestación de servicios de salud.

h) De los reportes e interpretación de los exámenes para-clínicos y de imágenes diagnosticas se deberá dejar constancia en la Historia Clínica con la firma del paciente para futuros análisis.

DIRECTRICES INSTITUCIONALES SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA

1) Registro cronológico de las condiciones de salud del paciente y procedimientos ejecutados por el estudiante y docente que intervienen en su atención. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con nombre completo y firma del autor de la misma.

2) La Historia Clínica debe ser diligenciada en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.

3)Obligatoriedad del registro de observaciones, conceptos, decisiones y resultados de cada una de las atenciones realizadas, hallazgos, recomendaciones y todas las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios, registrando la fecha de la atención.

4) Todo el personal asistencial y administrativo de la Institución relacionado con el manejo y tráfico de la Historias Clínicas son responsables de velar por su custodia y conservación.

5) Sin excepciones de ninguna índole, todos los pacientes atendidos deben tener el registro completo de la Historia Clínica incluyendo el diligenciamiento completo del Odontograma. Se debe tener presente las implicaciones legales que tiene el Odontograma como medio de identificación de Odontología Forense.

6) Todas las especialidades sin excepción deberán diligenciar la historia clínica completa e incluir en ella en anexo correspondiente

7) Los Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPs) deben ser diligenciados por el estudiante en el momento de la prestación de servicios de salud.

8) De los reportes e interpretación de los exámenes para-clínicos y de imágenes diagnosticas se deberá dejar constancia en la Historia Clínica con la firma del paciente para futuros análisis.

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, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie 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. facilitándose en los casos legalmente contemplados. Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Confidencialidad: La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia administrada a un paciente, por lo que es el documento privado de una persona. Seguridad: En toda historia clínica Debe constar la identificación del paciente así como de los profesionales que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

Única: La historia clínica debe ser única institucional para cada paciente. Legible: Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

REQUISITOS DE LA HISTORIA CLINICA

Veracidad: La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental. Exacta

Rigor técnico de los registros: Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el paciente otros profesional o la institución. Coeternidad de registros: La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y sincrónica con la asistencia prestada al paciente.

Completa: Debe contener datos suficientes sobre la patología del paciente, debe reflejar todas las fases médico-legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales.

La historia clínica debe contener: Los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención de la persona relacionadas con el fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de le enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Los pacientes que asisten a consulta odontológica especializada son un gran porcentaje, para el estudiante de Postgrado es indispensable y de carácter obligatorio diligenciar de una historia clínica completa en el formato institucional y el anexo según corresponda.

ANEXOS SUSTENTO LEGAL Los documentos anexos a la historia clínica que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales contenidos en la historia son - Consentimiento informado. - Formato Referencia y Contra referencia. - Autorizaciones para intervenciones quirúrgicas - Procedimientos, autorización de necropsia, declaración de retiro voluntario

- Resultados de exámenes para-clínicos e imágenes diagnósticas los cuales se podrán entregar al

paciente luego de su anotación haciéndole saber que es importante conservarlas para futuros análisis. Si no se deja constancia, responderá el prestador de los servicios, pero si se deja la nota la responsabilidad será del usuario.

- Igualmente es obligatorio para los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones desarrolladas.

- Si hay cambio de profesional se está obligado a entregar la historia clínica conjuntamente con sus anexos a su reemplazante.

- Se debe dejar constancia de la autorización que hace una persona para que le practiquen el examen de diagnóstico de laboratorio para detectar la infección por VIH. la ley exige que la manifestación que hace la persona debe constar por escrito en la historia clínica y posterior a la consejería pre- prueba que también es obligatoria.

CONCEPTO, FINALIDAD E IMPORTANCIA MEDICOLEGAL DE LA HISTORIA CLINICA

La historia clínica puede definirse desde diferentes perspectivas, desde el aspecto jurídico, concepto médico-asistencial, o como el documento médico-legal.

Aunque su objetivo primordial es el asistencial, no pueden ni deben obviarse otros aspectos extra-asistenciales:

a.- Docencia e investigación: a partir de ellas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.

b.- Evaluación de la calidad asistencial: la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Puesto que de trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración

permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.

c.- Administrativa: la historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias. d.- Médico-legal:

- Se trata de un documento público/semipúblico: estando el derecho al acceso limitado
- Puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales

Existe obligación legal de efectuarla por normativas vigentes, derechos de los usuarios, código

deontológico médico, normas internacionales.

- Elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional: extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional, constituyendo un documento médico-legal fundamental y de primer orden. En tales circunstancias la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que el incumplimiento de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional.

- Testimonio documental de ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional.
- Instrumento de dictamen pericial: elemento clave en la elaboración de informes médico-legales sobre responsabilidad profesional.

El objeto de estudio de todo informe pericial sobre responsabilidad médica profesional es la historia clínica, a través de la cual se valoran los siguientes aspectos: enumeración de todos los documentos que la integran, reconstrucción de la historia clínica, análisis individualizado de los actos médicos realizados en el paciente, personas que El incumplimiento o la no realización de la historia clínica, puede tener las siguientes repercusiones:

- Mala praxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal
- Defecto de gestión de los servicios clínicos
- Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración
- Riesgo médico-legal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por mala praxis médica.
- Todo lo que no se precise en ella puede ser usado en contra de quien cometió la omisión, pero adicionalmente se expone a las sanciones ante el Tribunal de Ética Médica, disciplinariamente.
- Si se hacen anotaciones de las condiciones de salud de una persona, o actos médicos o procedimientos que nunca se realizaron se comente el delito de falsedad ideológica en documento privado. (prisión de 1 a 6 años)
- Es obligatorio conforme la ley dejar constancia de las advertencias que se hagan sobre el riesgo previsto o de la imposibilidad que hubo de hacerlo y por que motivos.[10]

El Congreso de Colombia DECRETA:

TÍTULO 1 DISPOSICIONES GENERALES.

ARTÍCULO *1°.* OBJETO DE LA LEY. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servidos de mayor calidad, induyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Se incluyen dispersiones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un

marco de sostenibilidad financiera.

ARTÍCULO *20.* ORIENTAQÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros.

Para dar cumplimiento a lo anterior, el Gobierno Nacional definirá metas e indicadores de resultados en salud que induyan a todos los niveles de gobierno, instituciones púbicas y privadas y demás actores que participan dentro del sistema. Estos indicadores estarán basados en criterios técnicos, que como mínimo incluirán:

2.1 Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad matema perinatal e infantil.

2.2 Incidencia de enfermedades de interés en salud pública.

2.3 Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en .general las precursoras de eventos de alto costo.

2.4 Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles induyendo las inmunoprevenibles.

2.5 Acceso efectivo a los servidos de salud. cada cuatro (4) años el Gobierno Nacional hará una evaluación integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud con base en estos indicadores. Evaluación muestre que los resultados en salud son difidentes, el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de salud evaluarán y determinarán las medidas a seguir.[14]

METODOLOGIA

2.1

Actividad 1

Analizar y especificar los requisitos previamente descritos por nuestros clientes que es la faculta de la ciencia y la salud de la Universidad Catolica de Manizales, donde se evaluara por primera etapa las necesidades al terminar la aplicación.

Actividad 2

Evaluar y analizar estructuralmente el sistema actual de cómo se esta llevando acabo el manejo de las historias clínicas.

Actividad 3

Realizar una planificación de proyecto, esto quiere decir que debemos prevenirnos de los posibles problemas, atreves del desarrollo y ejecución del sistema. Esto es con el fin de que no se altere el tiempo programado de la terminación del proyecto.

Actividad 4

Fijar los recurso con los que se disponen para trabajar, en el diseño, implementación, ejecución del proyecto.

Actividad 5

Redactar una propuesta detallada de los objetivos del proyecto donde se demuestre los procesos que se van a realizar e implementar en este sistema, teniendo en cuenta que se debe mostrar un proceso evolutivo, para así dar fin con el cumplimiento de los objetivos.

Actividad 6

Luego de analizar estructuradamente que se esta ejecutando actualmente el sistema, tener un sistema de cronograma para llevar paso a paso el desarrollo de la aplicación para su terminación y funcionamiento.

Actividad 7

Entrega final del proyecto.

Fases del Proyecto:

Fase 1: Diseño.

* El diseño del proyecto fue hecho en codigo php y html, desarrollado en un bloc de notas como el programa editra version mac.

* Se creo varias clases como agregar,eliminar,listado,inicio,buscar.

* Facilidad de manejo de consulta de la faculta de la salud de la Universidad Catolica de Manizales para el paciente.

Fase 2: Recopilación de información.

*La informacion fue sacada en parte de sitios web, información que me dieron en la facultad de salud de la universidad catolica de manizales.

*Mostrar evolucion del proyecto a la faculta de ciencias de la salud de la Universidad Catolica de Manizales.

Fase 3: Terminación del programa.

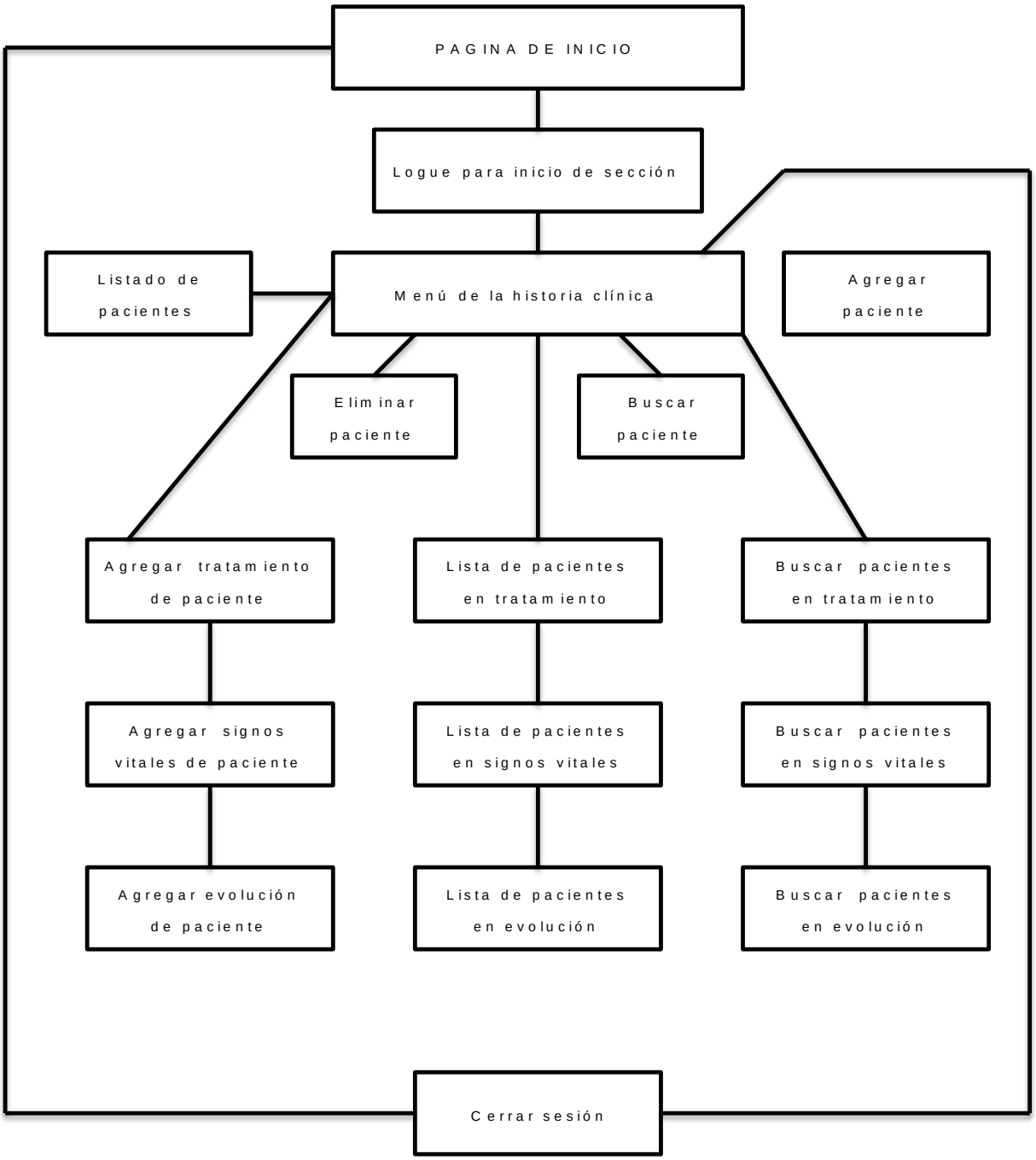
*Entregar el proyecto finalizado funcionando, agregando el paciente y tenerlo almacenado en la base de datos.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Mes	AGOSTO					SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				
Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Actividad 1	X	X	X															
Actividad 2		X	X	X	X	X	X											
Actividad 3							X	X	X									
Actividad 4										X	X							
Actividad 5											X	X						
Actividad 6												X	X	X				
Actividad 7															X	X		

MODELO CONCEPTUAL

3.1 Diagrama de sistema



DESCRIPCIÓN DEL FORMATO ACTUAL

4.1 Actualmente se esta llevando un control de archivos físicos en los cuales se esta llevando acabo las historias clínicas de los pacientes. Este control se realiza de un método antiguo en papel

Este es el modelo de historia clínica que se lleva por medio de un manuscrito:

Historia Clínica

Nombre	Cédula:
Dirección:	Teléfono:
Estado civil:	Género:
Edad :	Fecha de nacimiento:
Entidad:	Fecha de atención:
Hora de atención:	Profesión:

Motivo de consulta:

Enfermedad Actual:

Antecedentes personales:

Antecedentes Familiares:

Antecedentes Quirúrgicos:

Antecedentes Ginecobstetricos:

Revisión de sistemas:

Examen Físico: TA: Peso Pulso Temp

Cabeza yo de los S

Cuello

Cardiopulmonar

Abdomen

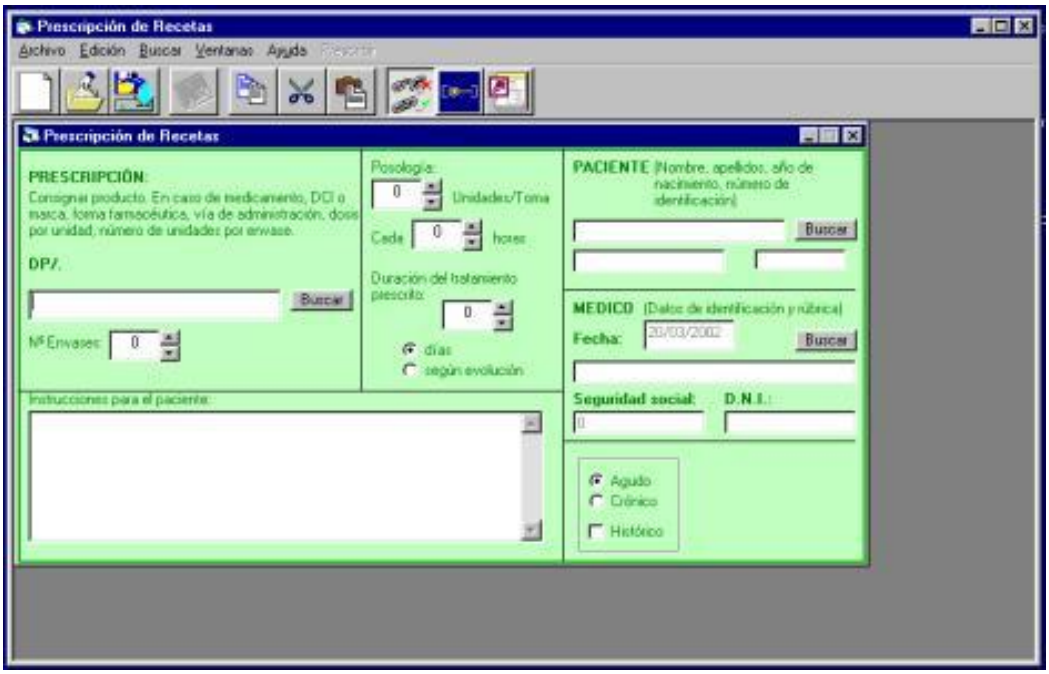
Genitourinario:

Extremidades:

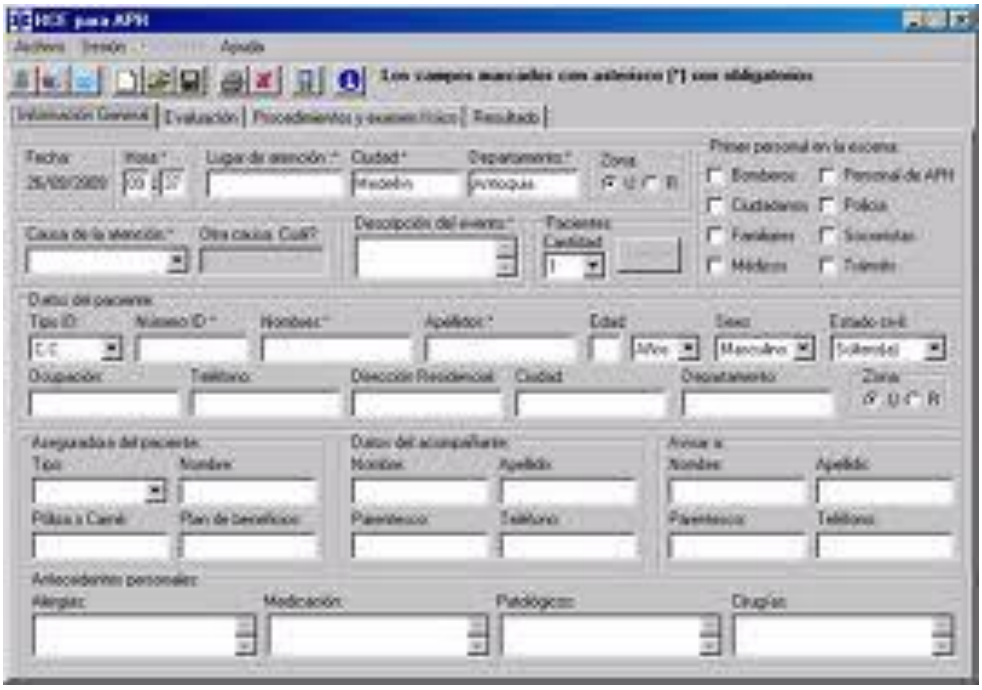
Diagnóstico:

Conducta o evolución:

Formato digital de un sistema usado en una clínicas sacados de internet:



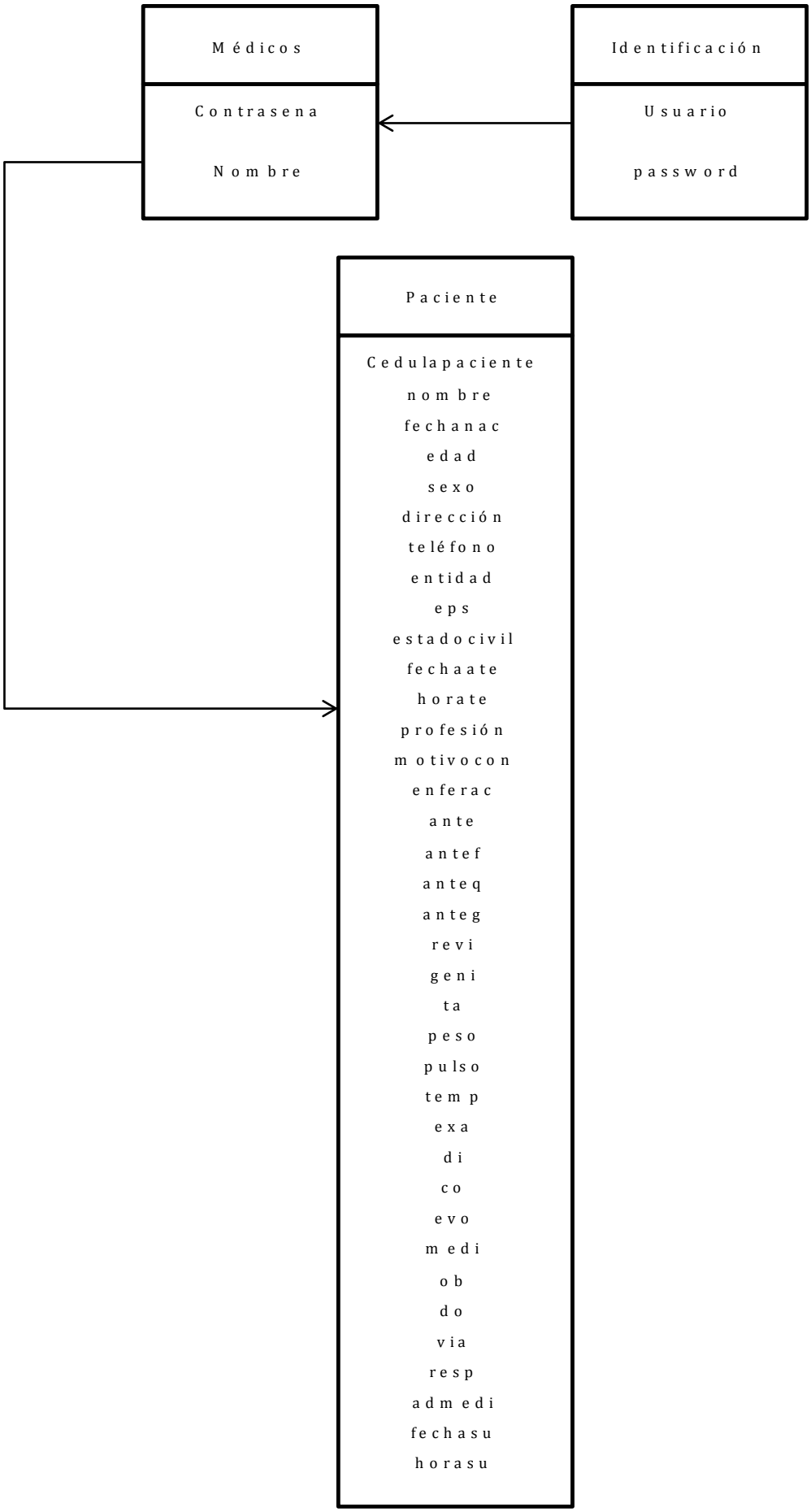
[11]



[12]

MODELO ENTIDAD RELACIÓN

5.1


Médicos
Contrasena
Nombre
Identificación
Usuario
password
Paciente
Cedulapaciente
nombre
fechanac
edad
sexo
dirección
teléfono
entidad
eps
estadocivil
fechaate
horate
profesión
motivocon
enferac
ante
antef
anteq
anteg
revi
geni
ta
peso
pulso
temp
exa
di
co
evo
medi
ob
do
via
resp
admedi
fechasu
horasu

5.2 ENTIDADES EN LA BASE DE DATOS EN 1era FASE

5.2.1

Servidor: localhost ▸ Base de datos: ECG

Estructura | SQL | Buscar | Generar una consulta | Exportar | Importar | Operaciones | Privilegios | Eliminar

	Tabla	Acción	Registros[1]	Tipo	Cotejamiento	Tamaño	Residuo a depurar
☐	Medicos		1	MyISAM	latin1_swedish_ci	2.0 KB	-
☐	Paciente		16	MyISAM	latin1_swedish_ci	5.2 KB	460 Bytes
	2 tabla(s)	Número de filas	17	MyISAM	latin1_swedish_ci	7.2 KB	460 Bytes

Marcar todos/as / Desmarcar todos / Marcar las tablas con residuo a depurar Para los elementos que están marcados:

Vista de impresión Diccionario de datos

Crear nueva tabla en la base de datos ECG

Nombre: Número de campos:

Base de datos Medicos, Pacientes.

5.2.2

Servidor: localhost ▸ Base de datos: ECG ▸ Tabla: Medicos

Examinar | Estructura | SQL | Buscar | Insertar | Exportar | Importar | Operaciones | Vaciar | Eliminar

	Campo	Tipo	Cotejamiento	Atributos	Nulo	Predeterminado	Extra	Acción
☐	Cedulamedico	int(10)			No	*Ninguna*		
☐	Nombremedico	varchar(20)	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
☐	espelializacion	varchar(20)	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		

Marcar todos/as / Desmarcar todos *Para los elementos que están marcados:*

Vista de impresión Planteamiento de la estructura de tabla

Añadir 1 campo(s) ◉ Al final de la tabla ○ Al comienzo de la tabla ○ Después de Cedulamedico Continuar

+ Detalles...

tabla Medicos

5.2.3

Servidor: localhost ▸ Base de datos: ECG ▸ Tabla: Paciente

Examinar | Estructura | SQL | Buscar | Insertar | Exportar | Importar | Operaciones | Vaciar | Eliminar

Campo	Tipo	Cotejamiento	Atributos	Nulo	Predeterminado	Extra	Acción
Cedulapaciente	int(20)			No	*Ninguna*		
nombre	varchar(20)	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
fechanac	date			No	*Ninguna*		
edad	int(50)			No	*Ninguna*		
sexo	varchar(2)	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
direccion	varchar(20)	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
telefono	int(15)			No	*Ninguna*		
entidad	text	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
eps	varchar(20)	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
estadocivil	varchar(100)	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
fechaate	date			No	*Ninguna*		
horate	time			No	*Ninguna*		
profesion	text	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
motivocon	text	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
enferac	text	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
ante	text	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
antef	text	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
anteq	text	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
anteg	text	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
revi	text	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
geni	text	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
ta	varchar(50)	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
peso	varchar(50)	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
pulso	int(50)			No	*Ninguna*		
temp	varchar(50)	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
exa	text	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
di	text	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
co	text	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		
evo	text	latin1_swedish_ci		No	*Ninguna*		

Marcar todos/as / Desmarcar todos *Para los elementos que están marcados:*

Vista de impresión | Planteamiento de la estructura de tabla

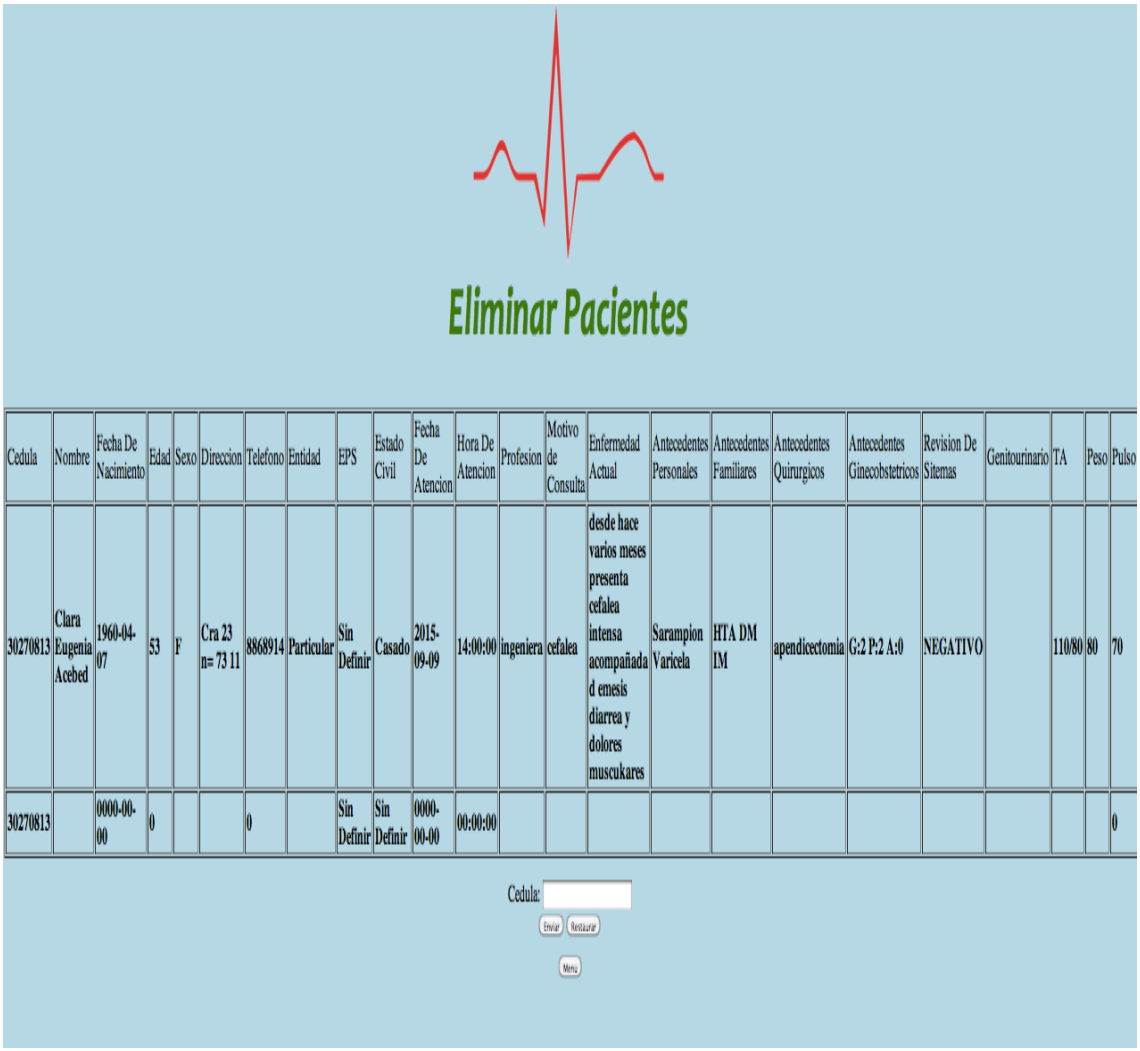
tabla paciente

APLICACIÓN O DESARROLLO EN 1era FASE

6.1.1

inicio del programa, donde se utiliza la contraseña para poder acceder al sitio web.

6.1.2



Eliminar Pacientes

Cedula	Nombre	Fecha De Nacimiento	Edad	Sexo	Direccion	Telefono	Entidad	EPS	Estado Civil	Fecha De Atencion	Hora De Atencion	Profesion	Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Antecedentes Personales	Antecedentes Familiares	Antecedentes Quirurgicos	Antecedentes Ginecobstetricos	Revision De Sitemas	Genitourinario	TA	Peso	Pulso
30270813	Clara Eugenia Acebed	1960-04-07	53	F	Cra 23 n= 73 11	8868914	Particular	Sin Definir	Casado	2015-09-09	14:00:00	ingeniera	cefalea	desde hace varios meses presenta cefalea intensa acompañada d emesis diarrea y dolores muscukares	Sarampion Varicela	HTA DM IM	apendicectomia	G:2 P:2 A:0	NEGATIVO		110/80	80	70
30270813		0000-00-00	0			0		Sin Definir	Sin Definir	0000-00-00	00:00:00												0

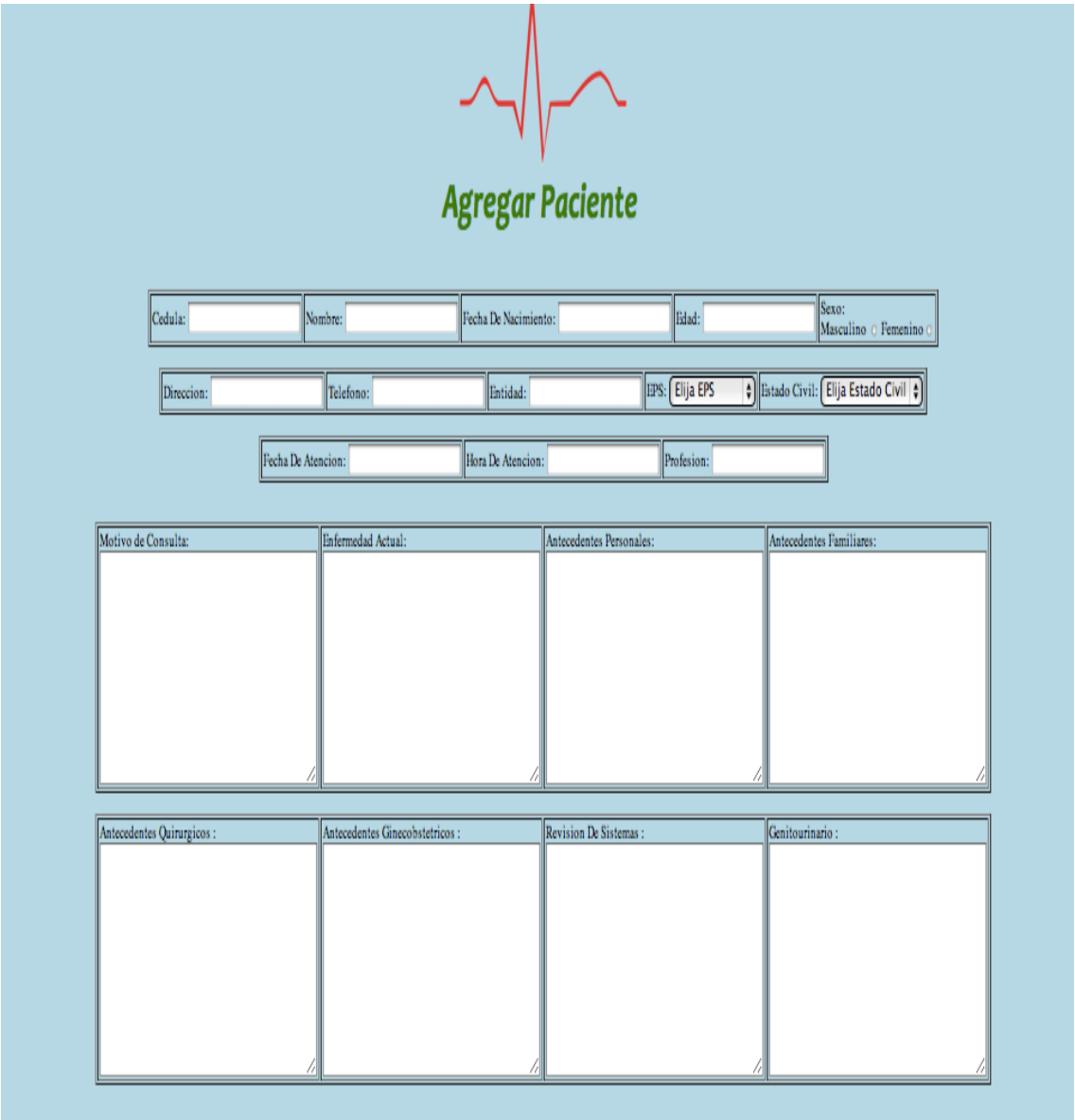
Cedula:

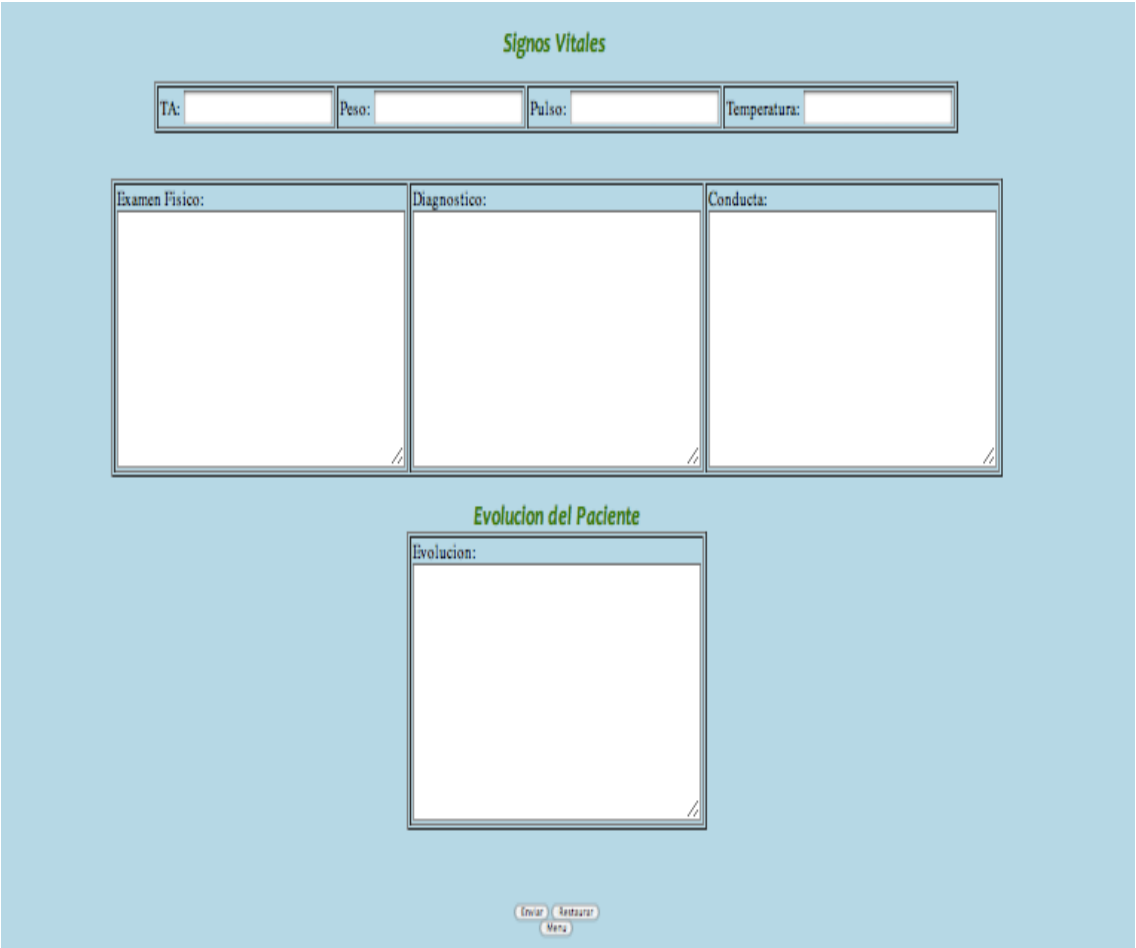
Enviar Restaurar

Menu

En esta pantallazo podemos ver como eliminar el paciente por medio de la cedula.

6.1.3


Agregar Paciente
Cedula:
Nombre:
Fecha De Nacimiento:
Edad:
Sexo:
Masculino
Femenino
Direccion:
Telefono:
Entidad:
EPS:
Elija EPS
Estado Civil:
Elija Estado Civil
Fecha De Atencion:
Hora De Atencion:
Profesion:
Motivo de Consulta:
Enfermedad Actual:
Antecedentes Personales:
Antecedentes Familiares:
Antecedentes Quirurgicos :
Antecedentes Ginecobstetricos :
Revision De Sistemas :
Genitourinario :



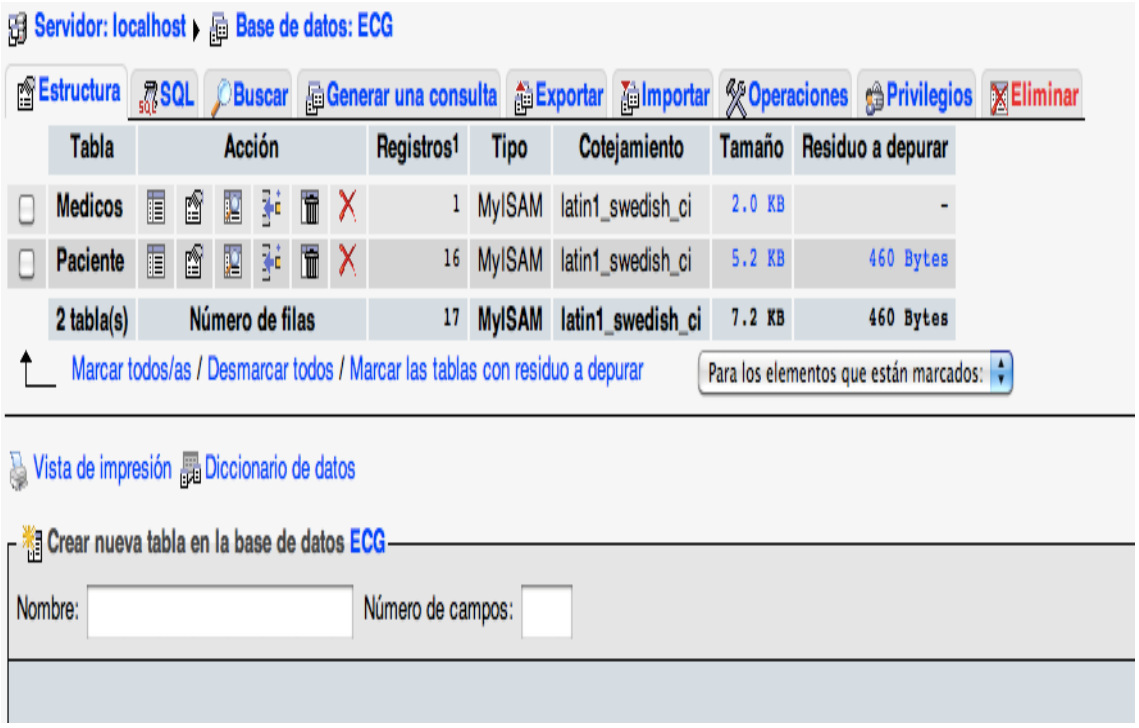
En este pantallazo podemos observar como agregar paciente, nos encontramos con toda la información que debe llevar la historia clínica con cada paciente con su evolución.

6.1.4

En este pantallazo podemos observar la búsqueda del paciente, el paciente es buscado por el medico por medio de la cedula para poder encontrar su historia completa de cada visita y cada cambio medico que se le hace.

7.1 ENTIDADES EN LA BASE DE DATOS FASE TERMINADA

7.1.1



7.1.2

Servidor: localhost ▸ Base de datos: ECG ▸ Tabla: Paciente

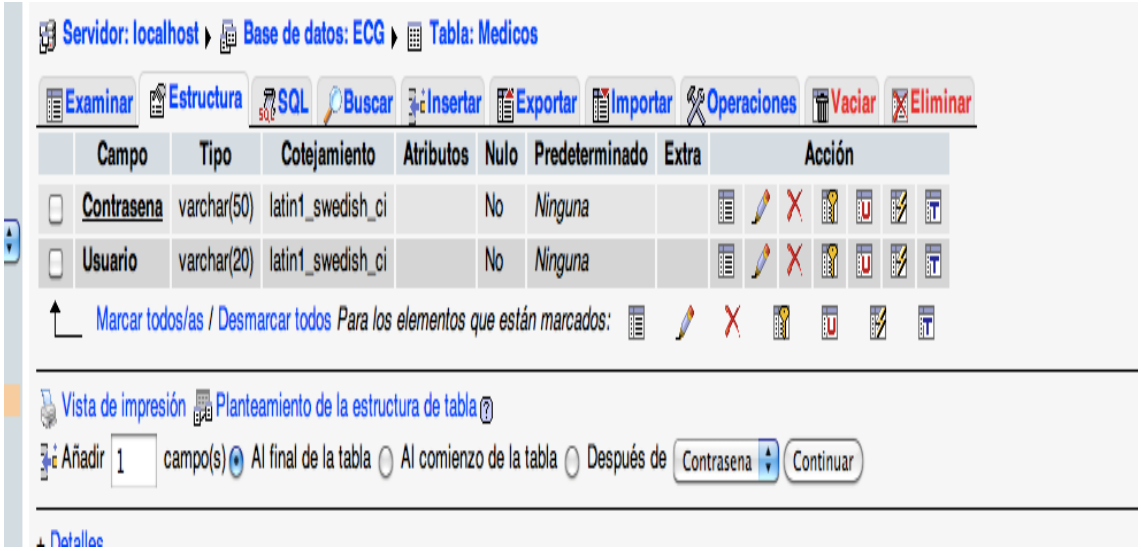
Examinar | Estructura | SQL | Buscar | Insertar | Exportar | Importar | Operaciones | Vaciar | Eliminar

Campo	Tipo	Cotejamiento	Atributos	Nulo	Predeterminado	Extra	Acción
Cedulapaciente	int(20)			No	Ninguna		
nombre	varchar(20)	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
fechanac	date			No	Ninguna		
edad	int(50)			No	Ninguna		
sexo	varchar(2)	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
direccion	varchar(20)	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
telefono	int(15)			No	Ninguna		
entidad	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
dep	varchar(20)	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
muni	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
eps	varchar(20)	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
estadocivil	varchar(100)	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
fechaate	date			No	Ninguna		
horate	time			No	Ninguna		
profesion	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
motivocon	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
enferac	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
ante	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
antef	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
anteq	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
anteg	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
revi	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
geni	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
ta	varchar(50)	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
peso	varchar(50)	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
pulso	int(50)			No	Ninguna		
temp	varchar(50)	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
resp	varchar(50)	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
posi	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
liq	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
obsg	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
exa	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
di	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
co	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
evo	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
medi	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
ob	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
do	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
via	text	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		
fechasu	date			No	Ninguna		
horasu	time			No	Ninguna		
admedi	varchar(20)	latin1_swedish_ci		No	Ninguna		

Marcar todos/as / Desmarcar todos *Para los elementos que están marcados:*

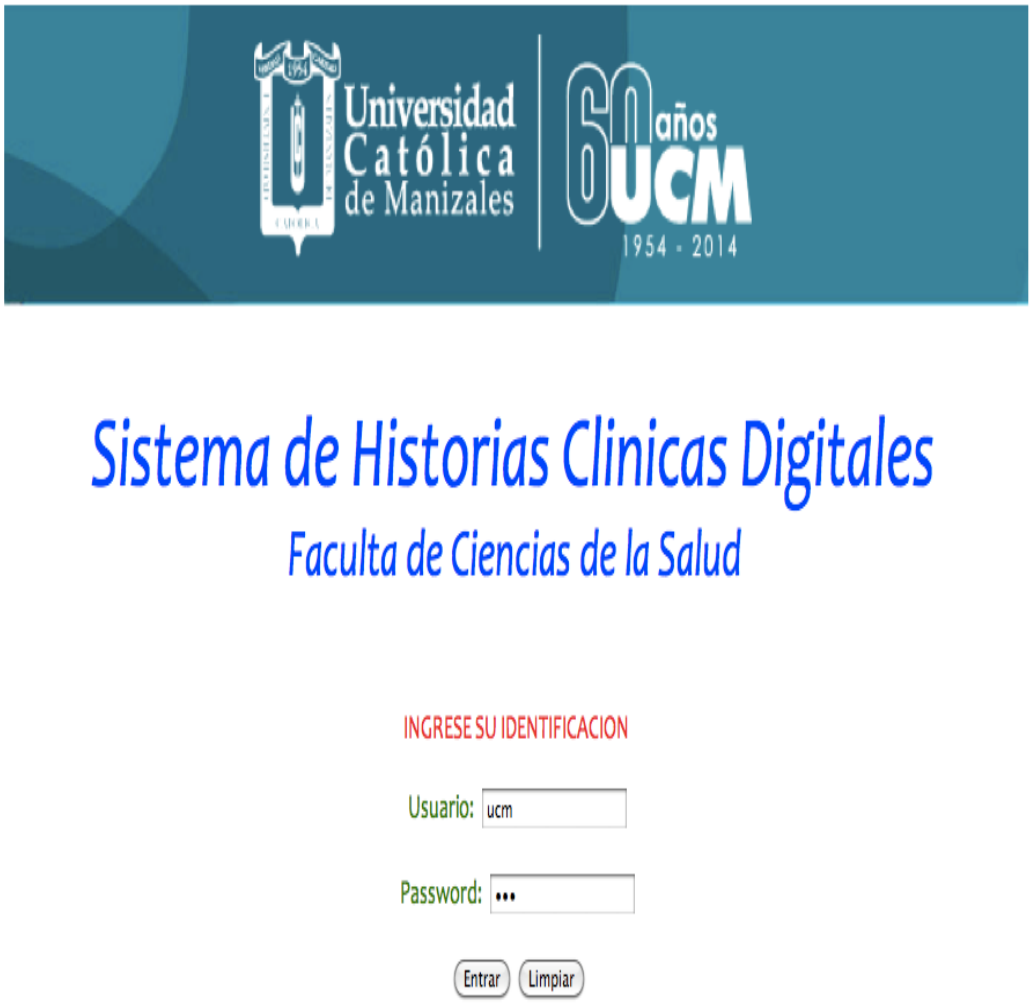
Vista de impresión | Planteamiento de la estructura de tabla

7.1.3


Servidor: localhost
Base de datos: ECG
Tabla: Medicos
Examinar
Estructura
SQL
Buscar
Insertar
Exportar
Importar
Operaciones
Vaciar
Eliminar
Campo
Tipo
Cotejamiento
Atributos
Nulo
Predeterminado
Extra
Acción
Contrasena
varchar(50)
latin1_swedish_ci
No
Ninguna
Usuario
varchar(20)
latin1_swedish_ci
No
Ninguna
Marcar todos/as / Desmarcar todos Para los elementos que están marcados:
Vista de impresión
Planteamiento de la estructura de tabla
Añadir
1
campo(s)
Al final de la tabla
Al comienzo de la tabla
Después de
Contrasena
Continuar
Detalles

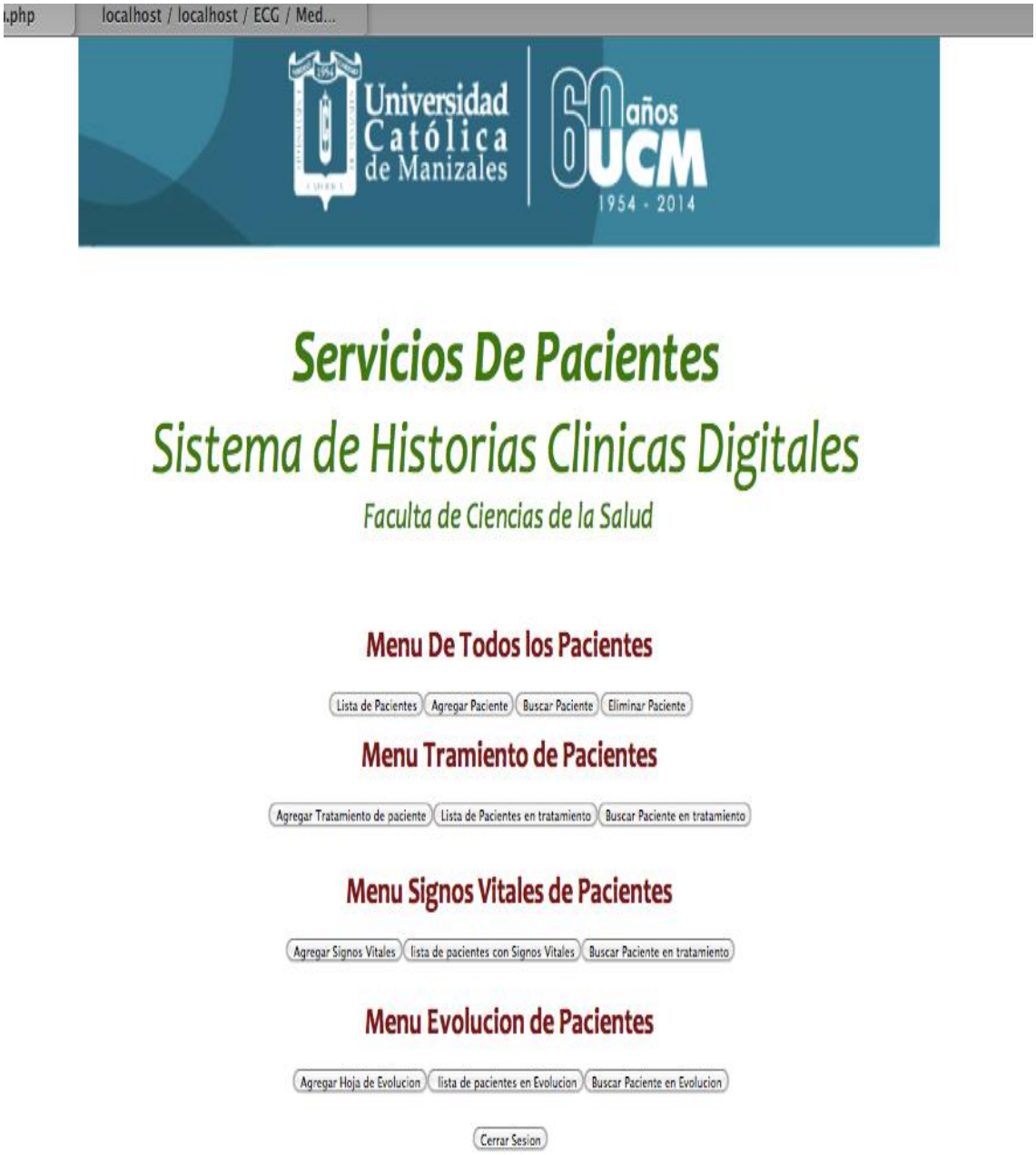
8.1 APLICACIÓN O DESARROLLO FASE TERMINADA

8.1.1



En esta ventana es el inicio del sitio web para iniciar el programa.

8.1.2



En este pantallazo podemos observar el menú, nos encontramos con toda la información que debe llevar la historia clínica con cada paciente.

8.1.3

Pacientes

Numero de Identificacion	Nombre y Apellidos	Fecha De Nacimiento	Edad	Sexo	Direccion	Telefono	Ocupacion	Departamento	Municipio	EPSS/EPSC	Estado Civil	Fecha De Atencion	Hora De Atencion	Profesion	Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Antecedentes Personales	Antecedentes Familiares	Antecedentes Quirurgicos	Antecedentes Ginecobstetricos	Antecedentes Toxicos	Ante- Al
30270813	Clara Eugenia Acebed	1960-04-07	53	F	Cra 23 n= 73 11	8868914	Particular			Sin Definir	Casado	2015-09-09	14:00:00	ingeniera	cefalea	desde hace varios meses presenta cefalea intensa acompañada d emesis diarrea y dolores muscukares	Sarampion Varicela	HTA DM IM	apendicectomia	G:2 P:2 A:0	NEGATIVO	
30270813		0000-00-00	0			0				Sin Definir	Sin Definir	0000-00-00	00:00:00									

Menu

8.1.4

Universidad Católica de Manizales
60 años UCM 1954 - 2014
Informacion del Paciente
Numero De Identificacion:
Nombre y Apellidos:
Fecha De Nacimiento:
Edad:
Sexo:
Masculino
Femenino
Direccion:
Telefono:
Ocupacion:
Departamento:
Elija Departamento
Municipio:
EPSS/EPSC:
Elija EPSS/EPSC
Estado Civil:
Elija Estado Civil
Fecha de Ingreso:
Hora de Ingreso:
Profesion:
Motivo de Consulta:
Enfermedad Actual:
Antecedentes Personales:
Antecedentes Familiares:
Antecedentes Quirurgicos:
Antecedentes Ginecobstetricos:
Antecedentes Toxicos:
Antecedentes Alergicos:

Motivo de Consulta:	Enfermedad Actual:	Antecedentes Personales:	Antecedentes Familiares:

Antecedentes Quirurgicos :	Antecedentes Ginecobstetricos :	Antecedentes Toxicos :	Antecedentes Alergicos :

Signos Vitales

TA:	Peso:	Pulso:	Temperatura:

Examen Fisico:	Diagnostico:	Conducta:

Enviar Restaurar
Menu

8.1.5

Universidad Católica de Manizales
60 años UCM
1954 - 2014
Busqueda De Pacientes
Numero de Identificacion:
Enviar
Restaurar
Menu

8.1.6

Eliminar Pacientes

Numero de Identificacion	Nombre y Apellidos	Fecha De Nacimiento	Edad	Sexo	Direccion	Telefono	Ocupacion	Departamento	Municipio	EPS5,EPSC	Estado Civil	Fecha De Atencion	Hora De Atencion	Profesion	Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Antecedentes Personales	Antecedentes Familiares	Antecedentes Quirurgicos	Antecedentes Ginecobstetricos	Antecedentes Toxicos	Antecedentes Alergicos	TA	Peso	Pulso	Temperatura	Respiracio
30270813	Clara Eugenia Acebed	1960-04-07	53	F	Cra 23 11-73 11	8868914	Particular			Sin Definir	Casado	2015-09-09	14:00:00	Ingeniera	cefalea	desde hace varios meses presenta cefalea intensa acompañada d emesis diarrea y dolores musculares	Sarampion Varicela	HTA DM IM	apendicectomia	Ga P2 A0	NEGATIVO		110/80	80	70	37	
30270813		0000-00-00	0			0				Sin Definir	Sin Definir	0000-00-00	00:00:00												0		

Numero de identificacion:

Enviar Restaurar

Volver

8.1.7

Administracion de Tratamiento

Numero De Identificacion :	Nombre y Apellidos:	Edad:	Sexo: Masculino Femenino

Medicamentos:	Observacion de Tratamiento :	Dosis :	VIA :	Fecha De Administracion :	Hora De Administracion:

Se administro medicamento al paciente:

Si No

Enviar Restaurar Menu

8.1.8

Pacientes en tratamiento

Numero de Identificacion	Nombre y Apellidos	Edad	Sexo	Medicamento	Observacion de Tratamiento	Dosis	VIA	fecha de suministro	Hora de suministro	Se administro medicamento al paciente
30270813	Clara Eugenia Acebed	53	F					0000-00-00	00:00:00	
30270813		0						0000-00-00	00:00:00	

Menu

8.1.9

Signos Vitales

Numero De Identificacion :	Nombre y Apellidos:	Fecha de Ingreso:	Hora de Ingreso:	Edad:	Sexo: Masculino Femenino

TA:	Peso:	Pulso:	Temperatura:

Respiracion:	# de Deposiciones:	Liquidos en 24 horas:

Observaciones de Signos Vitales:

Enviar Restaurar
Menu

8.2.1

Lista de pacientes con signos vitales

Numero de Identificacion	Nombre y Apellidos	Edad	Sexo	Fecha de Ingreso	Hora de Ingreso	TA	Peso	Pulso	Temperatura	Respiraciones	# de Deposiciones	Liquido en 24 horas	Observaciones de signos vitales
30270813	Clara Eugenia Acebed	53	F	2015-09-09	14:00:00	110/80	80	70	37				
30270813		0		0000-00-00	00:00:00			0					

Menu

8.2.2

Hoja de Evolucion

Numero De Identificacion :	Nombre y Apellidos:	Edad:	Sexo: Masculino Femenino	Fecha de Ingreso:	Hora de Ingreso:

Evolucion del Paciente

Evolucion:

Enviar Restaurar
Menu

8.2.3

Pacientes en Evoluciones

Numero de Identificacion	Nombre y Apellidos	Edad	Sexo	Fecha de Ingreso	Hora de Ingreso	Evolucion
30270813	Clara Eugenia Acebed	53	F	2015-09-09	14:00:00	
30270813		0		0000-00-00	00:00:00	CONTINUA CON IGUAL CUADRO NO MEJORIA CON LA MEDICACION EXAMEN SIN VARIACION SE ORDENAN PARACLINICOS CONTROL CON RESULTADOS

Menu

CONCLUSIONES

1. Con este desarrollo aplicativo se llega a un buen manejo de datos del paciente con su respectiva historia clínica, todos los pacientes serán registrados sin ningún problema, con este desarrollo llegamos a un proyecto de sistematización de todos los pacientes, para tener la información de cada paciente a la mano.
2. La información del sistema es confiable, segura y precisa, ya que tiene las validaciones necesarias para guardar los datos y dejarlos privados.
3. Con este desarrollo se logra un mejor conocimiento del servicio, rapidez y seguridad para que los usuarios se sientan tranquilos con la forma de almacenamiento de su historia clínica.

ANEXOS

9.1

Especificaciones técnicas

Requerimientos de software

1. Sistema operativo Windows o Mac.
2. Instalación y configuración del xampp.
3. Cualquier tipo de navegador.

Requerimientos de hardware

Para esta instalación y ejecución del proyecto se necesita:

1. Procesador mayor a 1 GHZ
2. Capacidad de disco duro de mayor a 20 gigabits.
3. Capacidad de memoria RAM mayor a 128 MB.

9.2

MANUAL PARA INSTALAR XAMPP

[13]

Instalación:

1)Se descarga de este Link http://sourceforge.net/projects/xampp/files/

2)Ejecución :

*Se oprime clic sobre el fichero XAMPP for MacOS X.pkg

*Se desplegara una ventana de instalación.

*se le da siguiente a todo hasta llegar a finalizar.

3) Prueba :

• Para correr la aplicación se encuentra en el escritorio o en las barras

inferiores

- Te desplegara o trasladara a una ventana como la siguiente, en la cual están los servicios de XAMPP.
- Después para ejecutar el proyecto, le damos iniciar al apache y al MySQL.

- El programa se debe encontrar en una carpeta que se llama htdocs.
- Dentro de la carpeta htdocs, se encuentra la carpeta del programa que se esta utilizando.

BIBLIOGRAFíA

Búsquedas WEB:

1. http://definicion.de/html/[1]
2. http://www.aprenderaprogramar.com/index.php?option=com_content&id=492:iqué-es-php-y-ipara-que-sirve-un-potente-lenguaje-de-programacion-para-crear-paginas-web-cu00803b&Itemid=193[2]
3. http://www.maestrosdelweb.com/editorial/phpintro/[3]
4. http://www3.uaem.mx/posgrado/mcruz/cursos/miic/MySQL.pdf[4]
5. http://www.alegsa.com.ar/Dic/apache.php[5]
6. http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica[6]
7. http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf[7]
8. www.cali.gov.co/descargar.php?id=29908[8]
9. http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16737[9]
10. http://www.sanmartinbag.edu.co/doc/CLI-Manual_Manejo_Historias_Clinica_FUSM.pdf[10]
11. http://sociedadinformacion.fundacion.telefonica.com/DYC/SHI/seccion=1188&idioma=es_ES&id=2009100116300115&activo=4.do?elem=3111[11]
12. http://www.e-mergencia.com/foro/f145/software-gratuito-historia-clinica-electronica-27168/[12]
13. http://www.google.com.co/imgres?imgurl&imgrefurl=http%3A%2F%2Fhamidhan.blogspot.com%2F2013%2F08%2Faplikasi-web-server-di-windows.html&h=0&w=0&sz=1&tbnid=JCC8htf0LXZjJM&tbnh=131&tbnw=384&prev=%2Fsearch%3Fq%3Dxampp%26tbm%3Disch%26tbo%3Du&zoom=1&q=xampp&docid=SypGmSGD4QbMNM&ei=kH1IUsWuJcTh4APk2oHQDw&ved=0CAIQsCU[13]

14. http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley14381 9012011.pdf[14]