

## **CFGS Documentación Sanitaria**

**Alumno: Miguel Ángel Ruiz Cano**

**Asignatura: ORAC**

**Título del trabajo:**

***La Historia Clínica en el Área Macarena***

### **I-PARTE GENERAL**

#### **-Historia Clínica por paciente (HCUP)**

La H.C. será única por paciente, mediante un número de identificación (Número de H.C.) que se asignará en el primer contacto con el Hospital.

Contendrá y articulará todos los documentos generados en las diversas demandas asistenciales del enfermo, independientemente del servicio que las preste, considerando al documento como portador o soporte de información.

#### **-Modelo de Historia Clínica**

El modelo de H.C. y su documentación básica será único para el Área Sanitaria Virgen Macarena y cualquier alteración de esta documentación (documentos específicos de Servicio) deberá ser previamente aprobada por la Comisión de Documentación Clínica.

#### **-Confidencialidad de la Historia Clínica**

Se entiende por confidencialidad el conjunto de normas, medidas legales, técnicas y formas de organización encaminadas a proteger el derecho a la seguridad e intimidad de los datos referidos a una persona.

En el caso de la persona enferma, la H.C. deberá estar regulada por normas que respeten este derecho debiéndose crear por parte de la Comisión de Documentación Clínica, la Junta Facultativa y la Dirección los mecanismos necesarios para su cumplimiento.

Estos mecanismos deberán adecuarse a las posibilidades de difusión de datos que la informatización permite.

Todas las tareas informatizadas tendrán garantizada la confidencialidad de sus bases de datos mediante:

- Claves de acceso.
- Registro de las personas que acceden a la información.
- Separación de los datos de identificación personal (apellidos y nombre, dirección, teléfono, número de SS, DNI y cualquier otro dato identificativo) de los datos clínicos que sólo se cruzarán para la asistencia de ese paciente concreto o previa autorización de la Unidad de Documentación Clínica.

#### **-Unidad de Documentación Clínica (U.D.C.)**

Es la Unidad responsable de la H.C.. La U.D.C. efectuará el control administrativo de la Historia Clínica y su tratamiento formal, así como la recogida y explotación de los registros clínicos y administrativos contenidos

en ella, con el fin de constituir un Sistema de Información Hospitalario que responda a los fines, anteriormente expuestos, de la H.C.

De igual forma, velará por el cumplimiento del presente Reglamento, por lo que el personal de la U.D.C. cumplirá y tendrá autoridad para hacerlo cumplir.

Para el desarrollo de las funciones antes expuestas, contará con los medios, materiales y humanos, necesarios.

El Servicio de Admisión, se ocupa en relación con la Documentación Clínica de:

- Recoger los datos identificativos del paciente.
- Adjudicar el número de historia.
- Controlar la ubicación del paciente durante su estancia en el Hospital.
- Comunicar a la U.D.C. cualquier cambio que se produzca en el número Historia Clínica.

Por tanto el Reglamento de Funcionamiento del Servicio de Admisión contendrá las normas necesarias para garantizar la fiabilidad en la recogida de datos.

La U.D.C. mantendrá disponible el archivo de Historias Clínicas de 8 a 15 horas los días laborales. La U.D.C., una vez dotada de los medios materiales y humanos necesarios, mantendrá el archivo a disposición de los facultativos que los soliciten para acceder a Historias Clínicas necesarias, siempre que se precisen con carácter asistencial y urgente durante las 24 horas del día.

## **II-NORMATIVAS GENERALES REFERIDAS A LA COMPOSICIÓN Y ORDENACIÓN DE DOCUMENTOS**

### **-Normas Generales sobre la confección de la H.C.**

La Historia Clínica se confeccionará con los documentos aprobados por la Comisión de Documentación Clínica y ratificados por la Junta Facultativa y la Dirección del Hospital.

### **-Identificación del paciente**

Todo documento deberá estar correctamente identificado. Para ello se generarán etiquetas adhesivas con los datos básicos para este fin.

En los documentos autocopiativos se pegará una etiqueta en cada una de las hojas del mismo.

Mientras no esté generalizada su implantación o en aquellas situaciones en que por motivos técnicos no se pudiesen enviar dichas etiquetas, se considerarán como datos identificativos de ineludible cumplimentación, los siguientes:

- Apellidos y nombre.
- Fecha de nacimiento.
- Número del DNI.
- Sexo.
- Fecha de ingreso.
- Residencia habitual.
- Teléfono.
- Área sanitaria a la que pertenece el paciente.
- Servicio, Sección, cama o Consulta en la que se asista al paciente.

La cumplimentación de los datos de identificación en el documento corresponde a la persona que lo inicie.

La escritura deberá ser legible.

Estará correcta y nítidamente identificada toda persona que haga cualquier anotación en la Historia.

Se evitará el uso de epónimos y abreviaturas. Si fuese necesario abreviaturas, la primera vez que aparezcan en el texto, se acompañarán de su significado completo.

No se realizarán tachaduras. Para las correcciones se abrirá una llamada y se anotará al final del documento la rectificación.

### **–Normas específicas por documento**

Los documentos básicos y sus normas de confección serán:

- **Carpeta de la Historia Clínica**

Se abrirá en el primer contacto del paciente con el Hospital, por el Servicio de Admisión.

Contiene datos para la identificación del paciente.

Estará prohibido hacer anotaciones en ella con la excepción de las zonas reservadas para ello.

- **Hoja estadístico-clínica**

La hoja será enviada por el Servicio de Admisión como comunicación de diagnósticos de entrada y médico que ordena el ingreso. Esta misma hoja se utilizará como documento de comunicación de alta al Servicio de Admisión, siendo cumplimentada y firmada por el médico responsable del paciente, según las pautas especificadas en ella.

- **Hoja de asistencia de Urgencias**

Recoge los datos de asistencia prestada al paciente en Urgencias y su confección corresponde al médico que prestó la asistencia.

Una copia permanecerá en el Hospital y será incluida en la H.C. del paciente si se procede a su ingreso.

- **Hoja de anamnesis y exploración clínica**

Recogerá la anamnesis y exploración clínica, a través del primer contacto con el paciente, así como la exposición de la hipótesis y plan diagnóstico.

Debe ser manuscrita y su cumplimentación corresponderá al médico que establece ese primer contacto o a quien el responsable de la Unidad Asistencial determine.

- **Hoja de prescripciones**

Recogerá todos los datos referentes a fármacos, dietas y cuidados terapéuticos prescritos al paciente.

La primera anotación corresponderá al plan terapéutico y se transcribirá tras la realización de la Hoja de Anamnesis y Exploración Clínica.

Debe ser manuscrita y su cumplimentación corresponde al médico, el cual firmará, fechará y pondrá nombre legible en cada anotación que realice.

- Hoja de curso clínico

Recogerá todas las actuaciones, observaciones, modificaciones o cualquier otro dato de interés dentro del curso clínico del enfermo.

Debe ser manuscrita y cada nota de evolución deberá estar correctamente firmada por el médico que la realiza, el cual debe identificarse con letra legible y especificar la fecha y hora de anotación.

- Hoja operatoria

Recogerá los datos de quienes intervienen en la operación, así como la descripción del acto quirúrgico a través de los epígrafes contenidos en el documento.

Debe ser manuscrita y corresponderá al médico que realiza la intervención su cumplimentación tras la finalización de ésta.

- Hoja de resumen analítico

Agrupará en un solo documento todos los resultados analíticos con el fin de obtener una visión global de los datos.

- Hoja de consentimiento informado

Será cumplimentada por el enfermo o bien por un familiar o tutor responsable, ante exploraciones o intervenciones, a solicitud del médico y tras exponerle y ser comprendidos por el paciente los beneficios y riesgos de la actuación médica proyectada.

- Hoja de preanestesia

Recogerá los datos necesarios para determinar la adecuación del enfermo a la anestesia y los riesgos que se puedan derivar.

Todo enfermo antes de entrar en quirófano deberá tenerla cumplimentada, salvo aquellos casos en que la extrema urgencia lo impida. En estos casos corresponde su elaboración al anestesiólogo que estará en la intervención.

- Hoja de anestesia

Recogerá los datos e incidencias que se den durante la anestesia, mediante la cumplimentación de las gráficas y epígrafes contenidos en el documento.

Corresponde su elaboración al anestesiólogo.

- Hoja de reanimación

Recogerá los datos e incidencias del período postoperatorio inmediato mediante la cumplimentación de las gráficas y epígrafes contenidos en el documento.

Corresponde su elaboración al anestesiólogo y al enfermero, siendo el documento firmado por ambos a la

salida del paciente del Área de Reanimación.

- Hoja de interconsulta

Tiene como finalidad dar soporte a toda la solicitud de diagnóstico, estudios, etc. que sobre un paciente determinado, se realice a otro Servicio o facultativo.

El médico solicitante expondrá el diagnóstico del paciente y la razón de la interconsulta, especificando la prioridad, como urgente, preferente o normal.

La solicitud se responderá en el mismo documento de petición, siempre que ello sea posible.

- Hoja de valoración de la unidad de trabajo social

Es el documento oficial para seguimiento y control de la intervención del asistente social.

El médico solicitante justificará la petición de intervención del equipo de trabajo social.

La solicitud deberá ser respondida, por la unidad de trabajo social, en el mismo documento de petición y conservarse en la Historia Clínica.

- Documentos de laboratorio

La correcta cumplimentación de estos documentos, identificación del paciente y prueba solicitada, corresponde al médico firmante de la solicitud. Desde el momento en que se acepte en Laboratorio, será responsabilidad de este Servicio cumplimentar los datos que falten.

- Documentos de hematología

La correcta cumplimentación de estos documentos, identificación del paciente y prueba solicitada, corresponde al médico firmante de la solicitud. Desde el momento en que se acepte en Hematología, será responsabilidad de este Servicio cumplimentar los datos que falten.

- Documentos de radiodiagnóstico

Recogerán los datos clínicos de mayor interés y la región a explorar.

La correcta cumplimentación del documento, identificación del paciente y región a explorar, corresponde al médico firmante de la solicitud. Desde el momento en que se acepte en Radiología, será responsabilidad de este Servicio cumplimentar los datos que falten.

Dentro del sobre de la Historia Clínica se guardarán los estudios radiográficos realizados.

- Petición de informe anatomopatológico

Recogerá los datos más importantes para un correcto estudio anatomopatológico mediante los epígrafes contenidos en el anverso del documento.

La correcta cumplimentación del documento, identificación del paciente y epígrafes, corresponde al médico firmante de la solicitud. Desde el momento en que es recibido por el Servicio de Anatomía Patológica, es responsabilidad de este Servicio cumplimentar los datos que falten.

El reverso quedará reservado para uso de Anatomía Patológica.

- Informe anatomopatológico

Recogerá la técnica empleada así como la descripción del material que fue remitido y el diagnóstico anatomopatológico.

Por parte del Servicio de Anatomía Patológica se recabará fecha y firma a la entrega de los resultados.

- Hoja de autorización de autopsia

Será cumplimentada por una persona con capacidad legal a petición del médico, salvo que se trate de una autopsia judicial.

Por parte del Servicio de Anatomía Patológica se recabará fecha y firma a la entrega de los resultados.

- Hoja de petición de autopsia clínica

Recogerá la fecha y hora de fallecimiento y los datos más relevantes para la autopsia.

Su cumplimentación corresponderá al médico solicitante.

- Informe provisional de autopsia

Recogerá la impresión diagnóstica anatomopatológica y la causa posible de muerte en espera de la emisión del Informe de Autopsia.

El informe provisional será entregado en un plazo de 72 horas desde la fecha del fallecimiento.

- Informe de autopsia

Recogerá los diagnósticos anatomopatológicos finales y el resumen clínico-patológico.

El informe será emitido en un plazo inferior a dos meses desde la fecha del fallecimiento.

- Hoja de exploraciones especiales

En todos aquellos casos en que por parte de la Comisión de Documentación Clínica se autoricen documentos destinados a exploraciones especiales, se seguirán para su cumplimentación las mismas normas que en la Hoja de Interconsulta.

- Traslado intrahospitalario

En todo traslado intrahospitalario, junto a la Historia Clínica, el Servicio de procedencia enviará el Informe de Alta, cuando el proceso por el que asistieron al paciente se considere cerrado. De no considerarse cerrado será elaborada Hoja de Traslado Intrahospitalario.

En cualquier caso, al dar de Alta Hospitalaria al paciente, el Servicio que elabora el Informe de Alta incluirá toda asistencia recibida por dicho enfermo durante su estancia en el hospital y no solo la correspondiente a dicho Servicio.

- Alta voluntaria

Incluirá los motivos del Alta Voluntaria e irá firmada por el solicitante de la misma y por el médico responsable del paciente. Como en cualquier caso en que el paciente sale del Hospital, se acompañará del preceptivo Informe de Alta.

Se recogerá la condición de Enfermo Terminal, en aquellos casos en que así sea.

- Informe de Alta

La confección del documento se ajustará a la Resolución 14/1993 del 4 de Junio donde se especifican las características y datos que deberá contener como mínimos el Informe de Alta, como son:

- Datos relativos al Hospital:

- Nombre, dirección y teléfono.
- Identificación de la Unidad Asistencial y del Servicio Clínico responsable del alta.
- Identificación del facultativo responsable del alta.

- Datos de identificación del paciente:

- Nombre y apellidos.
- Número de Historia Clínica y número de registro de entrada.
- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Residencia habitual.
- Financiación de la asistencia prestada.

- Datos referidos al proceso asistencial:

- Causa o motivo inmediato del ingreso.
- Fecha de ingreso.
- Fecha de alta.
- Circunstancias del ingreso, especificándose si la admisión al hospital se produce de modo programado o urgente. Los ingresos de los neonatos siempre serán considerados urgentes.
- Motivo del alta, distinguiéndose entre curación o mejoría, alta voluntaria, fallecimiento y traslado a otro hospital para diagnóstico y/o tratamiento.
- Destino, contemplándose las siguientes posibilidades: domicilio, otro hospital, residencia social y hospitalización a domicilio. En el caso de traslado a otro hospital, éste quedará identificado.
- Diagnóstico principal, entendiéndose como tal aquel proceso que después del estudio pertinente y al alta hospitalaria se considera el responsable del ingreso del paciente en el hospital.
- Otros diagnósticos, en su caso. Se consideran otros diagnósticos a los procesos patológicos que no son el principal y que coexisten con el mismo en el momento del ingreso, o que se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria, o que influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior y que no tienen que ver con el que ha ocasionado la actual estancia hospitalaria.
- Causa externa de la enfermedad, en su caso.
- Procedimiento quirúrgico y/u obstétrico, especificando su fecha. En los casos de parto, deberá especificarse el tiempo de gestación y el peso, sexo y estado vital de cada uno de los recién nacidos. No se entenderá como paciente el recién nacido sano.
- Otros procedimientos quirúrgicos y/u obstétricos, en su caso.
- Después de todos los datos anteriormente detallados, deberá figurar el resumen clínico habitual con indicación de los datos más significativos sobre antecedentes, exploración física, exploraciones complementarias, curso clínico y tratamiento seguido durante el ingreso, así como las

recomendaciones terapéuticas a seguir por parte del paciente.

- Hoja de observaciones de enfermería

Recogerán los datos referentes al proceso de atención de enfermería, así como cualquier otra información clínica que se considere de importancia.

Su confección corresponde al enfermero y toda anotación deberá ir fechada, firmada y rubricada por aquel que la realice.

- Hoja de control de tratamiento

Recogerá los fármacos, cuidados y dietas administrados por el personal de enfermería al paciente.

Su confección corresponde al enfermero y toda anotación deberá ir fechada, firmada y rubricada por aquel que la realice.

- Hoja de gráficas (diaria/horaria)

Recogerá todos los datos que en los epígrafes o en las gráficas se determinen según las pautas establecidas en la Unidad Asistencial. Se registrarán al menos una vez al día la T.A. (Tensión Arterial) y Temperatura.

Su confección corresponde al enfermero.

- Hoja de mortalidad

Debe ser rellenada en todo caso de fallecimiento por el facultativo que certifica la defunción.

–Documentos fundamentales

Se consideran documentos fundamentales los siguientes:

1º. INFORME DE ALTA, debe realizarse en todos los casos que motiven la salida del paciente del hospital: Alta, alta voluntaria, fallecimiento, traslado interhospitalario, etc.

2º. HOJA OPERATORIA, si procede.

3º. HOJA DE NECROPSIA, si procede.

Ante la ausencia de alguno de estos documentos en una H.C., la U.D.C. procederá a su devolución para que el Servicio correspondiente lo incluya. Si esta inclusión no se realizase en un plazo de 7 días, se comunicará a la Dirección el hecho para que adopte las medidas pertinentes.

**–Ordenación de la Historia Clínica**

En cualquier situación, la H.C. deberá estar correctamente ordenada, con el fin de que su uso sea ágil y la utilidad de la misma lo más rentable posible.

**–Secuencia ordenada de los documentos**

Para cada episodio se establece la siguiente secuencia de Documentos:

- *Informe de alta.*
- *Otros informes de alta.*
- *Hoja estadístico-clínica.*
- *Documento de asistencia urgente.*
- *Hoja de anamnesis y exploración clínica.*
- *Hojas de prescripciones.*
- *Hojas de curso clínico e historia obstétrica.*
- *Hoja de traslado intrahospitalario.*
- *Hoja de operatoria. Hoja de parto.*
- *Hoja de preanestesia.*
- *Hoja de preanestesia (paciente crítico).*
- *Hoja de anestesia.*
- *Hoja de reanimación.*
- *Hoja de consentimiento informado.*
- *Hojas de interconsulta.*
- *Hojas de resumen analítico.*
- *Documento de laboratorio: Bioquímica y microbiología.*
- *Documentos de hematología: Estudios hematológicos.*
- *Documentos de radiodiagnóstico.*
- *Informe anatomopatológico.*
- *Hojas de exploraciones especiales.*
- *Informe de autopsia.*
- *Hoja de petición de autopsia clínica.*
- *Hoja de autorización de autopsia.*
- *Alta voluntaria.*
- *Hoja de mortalidad.*
- *Hoja de valoración de trabajo social.*
- *Hoja de Observación de Enfermería.*
- *Hojas de control de tratamiento.*
- *Hojas de gráficas (diana/horaria).*
- *Otros documentos de enfermería.*

Toda modificación de esta secuencia, se realizará atendiendo a las necesidades específicas de un Servicio, que serán expuestas a la Comisión de Documentación Clínica para su aprobación.

### **-Ordenación durante la hospitalización**

Todos los documentos médicos y de enfermería, referidos a un paciente, constituirán una sola Historia Clínica y deberán estar agrupados y ordenados según la secuencia elaborada por cada Servicio, siempre que sea aceptada por la Comisión de Documentación Clínica. En caso de que no existiese dicha secuencia, se adoptará la arriba mencionada.

Con el fin de mantener dicha ordenación, existirá una carpeta, archivadores móviles o cualquier otro sistema que permita mantener toda la documentación ordenada y unida hasta el alta del paciente. Dicho sistema deberá estar ubicado en el control de enfermería.

Corresponde a enfermería el control, custodia, buen orden y mantenimiento de la documentación y del archivador. Igualmente deberá estar al tanto y llevar el control de todos los documentos y estudios complementarios solicitados, recibidos y pendientes y de comunicarlo a los administrativos que recogerán la historia al alta del paciente.

### **-Ordenación al alta**

Al alta del paciente la Historia Clínica pasará a los administrativos del Servicio o Unidad para su ordenación hasta su envío a Archivo. La Historia llegará unificada en un sobre (o varios numerados) junto a una reseña con la documentación o complementarios pendientes (si los hubiera). Los administrativos devolverán la Historia a Archivo con la máxima diligencia posible y dentro del plazo previsto de veinte días. Seguirán la siguiente sistemática de devolución:

- Si la historia llega completa se remitirá a archivo.
- Si faltan documentos, la retendrá hasta que se complete.
- Si pasa el plazo de 20 días sin que llegue toda la documentación, lo comunicará al Jefe de Servicio o Unidad y a la Jefatura Administrativa de Admisión.

### **–Ordenación en el Servicio de Documentación Clínica**

Tras el Alta del Paciente, la Historia Clínica será remitida al S.D.C. donde se procederá a codificación y archivo.

## **III–CIRCUITO DE HISTORIAS CLÍNICAS**

Para una mejor utilización de la Historia Clínica se trabajará con el concepto de Archivo Centralizado, entendiendo como tal un sistema global de información hospitalaria que permita el perfecto conocimiento y fácil acceso a toda la documentación clínica, sea cual sea la ubicación de la misma. Dicho sistema de información hospitalaria estará bajo el control de la U.D.C.. Independientemente de la necesidad actual o futura de los archivos periféricos aceptados por la U.D.C., la tendencia debe ser la de conseguir un archivo único centralizado tanto física como funcionalmente.

### **–Salidas fuera de la U.D.C.**

La entrega de HH.CC. seguirá las siguientes prioridades:

- HH.CC. solicitadas para asistencia de urgencias.
- HH.CC. solicitadas para enfermos ingresados.
- HH.CC. solicitadas para citas de consultas.
- Otras.

### **–Entregas de H. Clínicas**

Las HH.CC. sólo serán entregadas a personal del Servicio peticionario, nunca al enfermo o familiares.

### **–Reproducción de documentos**

Se ajustará a las siguientes normas:

- Todo enfermo trasladado a otro centro, irá acompañado del preceptivo informe de Alta y duplicado de cualquier otro documento que se considere necesario.
- Cualquier médico ajeno al proceso, que cuente con la autorización por escrito del enfermo, podrá obtener la reproducción del informe de Alta y de cualquier otro documento objetivo (no ligado a interpretación).
- Siempre que el documento contenga un juicio o interpretación de datos deberá ser autorizado por firmantes del mismo o por el firmante del informe de Alta y en todo caso, por la Dirección.

### **–Situaciones excepcionales**

Cualquier situación excepcional será expuesta a la U.D.C. que quedará en libertad para aceptar o no dicha solicitud.

### **-Normas de petición de la Historia Clínica**

Para la petición y envío de una H.C. se seguirán las siguientes normas:

#### **-H.C. para ingreso**

Todo ingreso de paciente será comunicado por el Servicio de Admisión a la U.D.C. que procederá a la búsqueda y envío de la H.C.

#### **-H.C. para consulta externa**

Toda cita de paciente para consulta externa será comunicada con 48 horas (dos días hábiles) de antelación, por el Servicio de Admisión a la U.D.C. para que proceda a la búsqueda y envío de la H.C.

Excepcionalmente se podrán solicitar HH.CC. para consultas no programadas mediante el Vale de Petición de H.C. (que firmará el médico responsable del enfermo), a la U.D.C. para que proceda a la búsqueda y envío.

#### **-H.C. para uso jurídico legal**

Ante la solicitud por parte de la Administración de Justicia de una H.C., se procederá a su envío. Previamente se hará copia compulsada del original para permitir una correcta atención en caso de producirse alguna necesidad asistencial para el paciente cuya H.C. es demandada.

El Servicio de Información al Usuario deberá informar a la U.D.C. de todas las reclamaciones presentadas a los Servicios Jurídicos del Servicio Andaluz de Salud.

Para atestiguar las circunstancias de las lesiones, se emitirá un certificado acerca de ellas.

Estas peticiones se realizarán a través de la Dirección del Hospital mediante el Vale de Petición de la H.C., adjuntando copia de la Orden Judicial.

Tanto la solicitud de la Dirección como la de la Administración de Justicia no se incluirán en la H.C.

#### **-H.C. para docencia, investigación y sesiones clínicas**

Las peticiones deberán ir firmadas por el facultativo y autorizadas por el Jefe de Servicio asistencial o Jefe de la Unidad Docente correspondiente, exponiendo los fines de solicitud y ámbito de difusión. El plazo de devolución no será mayor de quince días y la Historia C. Deberá ser devuelta si, por necesidades asistenciales, lo solicitara la U.D.C.

#### **-H.C. para uso asistencial ajeno al hospital**

Toda solicitud realizada por facultativos ajenos al Hospital será atendida a través de Gestoría de Usuarios o a través de la vía marcada por la Dirección o Gerencia hospitalaria.

### **-Normas para la devolución de la historia clínica**

Toda H.C. permanecerá fuera de la U.D.C. el menor tiempo posible, con el fin de evitar extravíos o deterioros y permitir su inmediata disponibilidad ante nuevas peticiones de uso.

Las devoluciones de historias se relacionarán, por parte de la Unidad Asistencial que retenía, en la Hoja de Devolución. En ella se anotarán, para las H. Clínicas no devueltas, los datos que faciliten su correcta localización como: paso de documentos a otra Unidad Asistencial, causas del incumplimiento de los plazos de devolución, etc...

Los plazos máximos para la devolución de HH.CC. serán:

- HH.CC. de enfermos ingresados: 20 días tras el alta.
- HH.CC. de Consultas Externas: Un día tras la cita.
- HH.CC. enviadas al Área de Urgencias: inmediatamente tras el alta del paciente.
- HH.CC. para Sesiones Clínicas: Un día desde la fecha de celebración de la Sesión.

Aquellos Servicios que, por motivos asistenciales o de otra índole, retengan documentación, deben comunicarlo a la U.D.C. y atenerse a las normas generales de control y acceso a la Historia Clínica reflejadas en este documento.

El incumplimiento de algunas de estas normas y en especial la no comunicación del nuevo destino en que se encuentra una H.C., hace responsable de cualquier pérdida o deterioro al solicitante y al responsable de la Unidad peticionaria.