

DISPOSICIONES GENERALES

DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO

1512

DECRETO 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco se reguló el uso de la historia clínica en los centros hospitalarios mediante Decreto 272/1986, de 25 de noviembre, en el que se estableció la obligatoriedad de elaborar una historia clínica para toda persona enferma hospitalaria. Así mismo, estableció la obligatoriedad de elaborar un Reglamento de uso de la historia clínica.

A dicha normativa se añade el Decreto 45/1998, de 17 de marzo, por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias.

Ambos Decretos han estado orientados hacia la historia clínica hospitalaria, por lo que es preciso señalar que no contamos con normativa autonómica propia que desarrolle la correspondiente consideración de la historia clínica en otros niveles o modalidades de asistencia sanitaria.

Por otra parte, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, califica a los datos relativos a la salud como especialmente sensibles y determina un régimen jurídico de especial protección para los mismos, cuestión que a su vez protagoniza también la Ley estatal 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Junto con la Ley Orgánica dicha Ley desarrolla aspectos como el derecho a la información o el derecho a la intimidad y confidencialidad en el ámbito sanitario.

Asimismo, es necesario mencionar también en el mismo ámbito estatal la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, de carácter básico, que regula aspectos esenciales que deben regir el ejercicio de las profesiones sanitarias y que afectan directamente a las relaciones clínicas. Y, entre otros hitos, merece su cita a fin de completar el panorama considerado, el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

La Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi es la norma cabecera de esta Comunidad Autónoma en materia de sanidad interior, cuyas previsiones son anteriores a las regulaciones citadas. En relación con la funcionalidad de la Historia Clínica y con la información sanitaria, procede que sus normas sean objeto de un desarrollo singular a fin de posibilitar su actualización y acomodo a la evolución general y particular del ordenamiento.

Se han considerado asimismo los referentes de hitos importantes en el desarrollo de derechos y obligaciones de las personas en el entorno sanitario de la Comunidad Autónoma del País Vasco como es el caso pionero para el ámbito de los servicios públicos del Decreto 175/1989, de 18 de julio, por el que se aprueba la Carta de derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de Osakidetza-Servicio vasco de salud, y asimismo como es sin duda el caso específico de nuestra Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las Voluntades Anticipadas en el ámbito de la sanidad.

jueves 29 de marzo de 2012

Son muchos por tanto los cambios que se han sucedido a lo largo de estas dos décadas: culturales y de expectativas de la población, también avances tecnológicos en todos los campos, cambios en la estructura sanitaria actual y en las herramientas de gestión en la empresa sanitaria.

Acompañando a la evolución y modernización del entorno sanitario permanece la historia clínica como referente de indudable importancia, con una relevancia ajustada nada menos que a su fin primordial de facilitar la asistencia sanitaria a través de la información actual y la recuperada de procesos asistenciales previos, y con una creciente extensión de su utilidad en todo tipo de circunstancias, entre las que destacan las propias actuaciones judiciales garantes de los derechos de las personas.

Surge por tanto la necesidad de elaborar una norma en relación a la historia clínica que proporcione una clara definición y actualización de la misma en cuanto a su contenido, uso, acceso y en relación a los derechos y obligaciones de pacientes y profesionales, en relación a la documentación clínica en general, que suponga el registro de la asistencia sanitaria que se produce en todo tipo de centros y servicios sanitarios, desde los grandes hospitales y demás centros de especialidades, pasando por las estructuras de atención primaria, incluidos por supuesto los consultorios médicos y de enfermería, o los centros y consultas de los diversos profesionales de la salud, como las clínicas dentales, o los gabinetes de podología, psicología clínica, o de cualquier otro ejercicio profesional individual.

Se trata en definitiva de una regulación de la historia clínica entendida como herramienta fundamental de los profesionales de la salud, con el objetivo de que para cada persona paciente y usuaria de los servicios sanitarios llegue a existir un soporte único con toda la información que le concierne sobre su salud, y con aplicación para todos los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Por lo expuesto, previos los trámites oportunos, de acuerdo con la Comisión Jurídica Asesora de Euskadi y previa deliberación y aprobación en el Consejo de Gobierno, en la sesión celebrada el día 13 de marzo de 2012,

DISPONGO:

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.– Objeto.

El presente Decreto regula el contenido, manejo y uso de la historia clínica, así como los derechos y obligaciones de pacientes, profesionales e instituciones sanitarias correspondientes en materia de documentación clínica.

Artículo 2.– Ámbito de aplicación.

1.– El presente Decreto es de aplicación a todo tipo de asistencia sanitaria, pública y privada, que se preste en los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco, tanto a nivel de atención primaria como especializada, incluida la actividad sanitaria que se lleve a cabo de forma individual.

2.– Asimismo, el presente Decreto es de aplicación a los servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria.

CAPÍTULO II

LA HISTORIA CLÍNICA

Artículo 3.– Definición de Historia Clínica.

1.– A efectos de este Decreto, la historia clínica es el conjunto de documentos y registros informáticos que deberá contener de forma clara y concisa los datos, valoraciones e informaciones generados en cada uno de los procesos asistenciales a que se somete un o una paciente y en los que se recoge el estado de salud, la atención recibida y la evolución clínica de la persona.

2.– El fin principal de la historia clínica es facilitar la asistencia sanitaria a través de la información actual y de la información recuperada de procesos asistenciales previos. La historia clínica debe reflejar la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes.

3.– Con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, la historia clínica deberá ser única, al menos en cada centro sanitario o institución. Por historia clínica única se entiende la identificación de toda la documentación clínica que concierne a un o una paciente a través de un número único y excluyente para dicha persona. Este número permitirá acceder a toda su documentación clínica.

Artículo 4.– Soporte de la historia clínica.

1.– La historia clínica se podrá elaborar en cualquier soporte documental, preferentemente electrónico, siempre que quede garantizada la autenticidad, integridad, seguridad y conservación del contenido, y su plena reproducción futura. La presentación y diseño de los datos contenidos en estos soportes ha de garantizar la continuidad de la asistencia prestada a la persona paciente, así como la factibilidad de que la historia clínica pueda ser compartida entre los y las profesionales, y los diversos centros y niveles asistenciales implicados en la atención del paciente.

2.– La historia clínica electrónica se constituye como el soporte más adecuado para la asistencia sanitaria, facilitando el manejo y accesibilidad de la documentación clínica del o de la paciente o persona usuaria, y a cuyo objeto los y las profesionales que intervienen en ella tienen el derecho de acceso y el deber de acceder y cumplimentar la historia clínica electrónica.

Artículo 5.– Manual de uso de la historia clínica.

Los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco deberán desarrollar un Manual de uso de la historia clínica que recoja los siguientes extremos:

- a) Estructura y orden del contenido de la historia clínica.
- b) Procedimiento de identificación de la documentación clínica.
- c) Procedimiento para la cumplimentación de las historias clínicas y documentos a utilizar.
- d) Conservación de la documentación clínica.
- e) Responsabilidades de su conservación y utilización.
- f) Confidencialidad de la historia clínica.
- g) Acceso a la información de la historia clínica.
- h) Medidas de seguridad.

Artículo 6.– Estructura y contenido de la historia clínica.

1.– La historia clínica contendrá la información suficiente para identificar a la persona paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar la evolución y los resultados de los tratamientos y promover la continuidad de la atención entre las y los profesionales sanitarios.

2.– La historia clínica deberá incluir los siguientes datos:

I.– Datos de identificación de la persona paciente.

II.– Datos clínico-asistenciales que vayan generándose en el curso de la asistencia, que se pueden estructurar como máximo, en función del tipo de asistencia, de la siguiente forma:

a) Antecedentes de interés.

b) Anamnesis y exploración.

c) Datos sobre la evolución clínica de la enfermedad.

d) Órdenes médicas.

e) Tratamiento farmacológico.

f) Planificación de cuidados.

g) Constantes y otros datos básicos pertinentes o estrictamente necesarios.

h) Interconsulta: solicitud e informe.

i) Información de exploraciones complementarias.

j) Consentimientos informados.

k) Información de alta.

l) Otra información clínica pertinente.

m) Información de anestesia: valoración pre, per y postoperatoria.

n) Información quirúrgica.

o) Información de urgencia.

p) Información del parto.

q) Información de anatomía patológica.

III.– Datos sociales que sean pertinentes para la asistencia sanitaria.

3.– La información recogida en la historia clínica debe comprender los datos estrictamente necesarios y pertinentes, a fin de que de acuerdo con el principio de calidad o proporcionalidad al que se refiere el artículo 4 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en ningún caso se recojan datos de las personas como pacientes que no resulten relevantes para facilitar su asistencia sanitaria ni aporten información veraz y actualizada acerca de su estado de salud.

Artículo 7.– Cumplimentación de la historia clínica.

1.– La cumplimentación de la historia clínica en los aspectos relacionados con la asistencia de la persona paciente es un deber de las y los profesionales sanitarios que intervengan en ella. Cuando participe más de una o un profesional sanitario o equipo asistencial, deberán constar individualizadas las acciones, intervenciones y prescripciones realizadas por cada profesional.

2.– Cualquier información incorporada a la historia clínica deberá ser firmada y fechada, de manera que se identifique claramente la persona que la realiza.

3.– Las anotaciones subjetivas de las y los profesionales que intervengan en el proceso asistencial, los datos que afecten a la intimidad de las personas, sospecha de malos tratos y, en general, aquella información que no haya sido facilitada a la persona paciente debido a un estado acreditado de necesidad terapéutica, deberán quedar claramente identificados respecto del resto de la información contenida en la historia clínica, todo ello con el fin de facilitar su disociación cuando ésta sea precisa.

4.– Se entenderán por anotaciones subjetivas las impresiones o valoraciones personales de las y los profesionales sanitarios no sustentadas directamente en datos objetivos o pruebas complementarias y que, en su criterio, resulten de interés para la atención sanitaria de la persona paciente.

5.– Las y los profesionales sanitarios deberán abstenerse de incluir expresiones, comentarios o datos que no tengan relación con la asistencia sanitaria de la persona paciente o que carezcan de valor sanitario.

Artículo 8.– Documentación clínica.

1.– La información de la historia clínica se integrará en los tipos documentales que se aprueban en el presente Decreto, con el contenido que se determina para cada uno de ellos en el artículo siguiente y sin perjuicio de los modelos de informes clínicos que asimismo se aprueban y que los integran.

2.– A los efectos de este Decreto, tipo documental es la agrupación de modelos de informes clínicos y de información adicional a los mismos que como tal ocupan un lugar específico en la gestión sanitaria y administrativa de los centros y servicios sanitarios.

3.– Cada tipo documental de la historia clínica incorporará los datos de identificación del o de la paciente, del centro y del personal sanitario responsable de su cumplimentación.

Artículo 9.– Enumeración y contenido de los tipos documentales.

1.– Toda información que se incorpore en los tipos documentales será veraz, completa, ordenada, actualizada, inteligible, pertinente y respetuosa con la persona paciente.

2.– Cada tipo documental que se determina en este artículo se utilizará para registrar el contenido que a continuación se indica:

a) Documento Clínico-Estadístico.

Los datos administrativos y clínicos relacionados con el episodio asistencial. Contendrá como mínimo la información que constituye el conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria, de acuerdo con lo establecido en la Orden del Consejero de Sanidad y Consumo, del 3 de septiembre de 2010, por la que se incorporan nuevas variables al conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria.

b) Documento de Autorización de Ingreso.

El hecho estricto que consiste en el ingreso de un o una paciente, tanto si el ingreso es urgente como si es programado, y si es con o sin internamiento. Deberá constar el motivo del ingreso, la fecha establecida para ello y el servicio correspondiente.

c) Documento de consentimiento Informado.

La conformidad expresa del o de la paciente o de su representante legal, manifestada de forma voluntaria y libre, previa obtención de la información adecuada, para la realización de determinadas actuaciones relativas a su salud.

d) Documento de Anamnesis y Exploración Física.

La información referente al motivo de la consulta o ingreso, antecedentes personales y familiares, cuestionario por aparatos y sistemas, relato de la enfermedad actual y otros aspectos clínicos de interés. También registrará los datos de la exploración física realizada a la persona paciente, ordenada por aparatos y sistemas, así como el diagnóstico de ingreso, el diagnóstico diferencial, el plan de estudios y el plan terapéutico inicial.

e) Documento de Evolución.

Los comentarios tanto periódicos como urgentes de aquellas incidencias, hallazgos exploratorios y pruebas complementarias acontecidas durante el proceso asistencial. Asimismo, se recogerán la modificación de un diagnóstico previo, y el inicio, modificación o supresión de un tratamiento. También registrará todas las incidencias que se observen durante la asistencia a la persona paciente, así como los resultados del plan de cuidados y las modificaciones de dicho plan debidamente razonados.

f) Documento de Órdenes Médicas.

El conjunto diario y actualizado de las prescripciones médicas. Dicho registro deberá ser escrito, fechado y firmado por el médico o la médica que atiende a la persona paciente y en él deberá hacerse constar la hora de la prescripción. Las prescripciones medicamentosas deberán ser precisas y legibles, indicándose el nombre del medicamento o principio activo, unidades, dosis, frecuencia y vía de administración. Igualmente deberá indicarse con precisión la continuidad, modificación o supresión de la medicación.

g) Documento de Informes de Exploraciones Complementarias.

La información de resultados generada por la práctica de cualquier prueba instrumental que se efectúe a un o una paciente con fines terapéuticos o diagnósticos, tales como análisis clínicos, estudios anatomopatológicos, estudios radiológicos, pruebas funcionales y registros gráficos.

h) Documento de Interconsulta.

La solicitud de interconsulta, así como el informe respuesta del servicio consultado. Todos los informes emitidos deberán contener la fecha de solicitud y la de realización, así como la identificación del facultativo o facultativa solicitante y de la persona consultada. El documento de interconsulta urgente deberá contener, así mismo, las horas de la solicitud y de realización.

i) Documento de Informe Quirúrgico.

La información referente a los procedimientos quirúrgicos. Deberá contener, como mínimo:

- Tipo de anestesia empleada.
- Descripción de la técnica o procedimiento utilizado.
- Duración. Hora de inicio y finalización.
- Incidencias ocurridas durante la intervención.
- Hallazgos operatorios.
- Diagnóstico pre y postoperatorio.
- Identificación de cirujanos o cirujanas, anestesista e instrumentista.
- Estado y destino de la persona paciente al salir del quirófano.
- Indicación de si se ha solicitado o no examen anatomopatológico o bacteriológico del material extraído en la intervención. En caso afirmativo, enumeración de las piezas.

j) Documento de Anestesia.

La actividad realizada por el o la anesthesiologa, en la que deberá incluirse el resumen del reconocimiento preoperatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el postoperatorio inmediato mientras esté sometido a la actuación del o de la profesional. Deberá contener, al menos:

- Resumen de la valoración preoperatoria.
- Hora de comienzo y finalización de la anestesia.
- Descripción de la técnica anestésica.
- Medicación administrada, dosis, vía, pauta y momento de administración.
- Características de la ventilación mecánica, si la hubiere.
- Gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención.
- Incidencias de interés en relación con el estado vital de la persona paciente.
- Estado clínico de la persona paciente durante y al final de la intervención.

Deberá ser cumplimentada, fechada y firmada por el o la anesthesiologa responsable de la intervención.

k) Documento de Registro de Parto.

La información que se genera durante el parto. Deberá contener:

- Exploración al ingreso y evolutivo del parto.
- Descripción de la técnica, duración e incidencias.
- Tipo de anestesia.
- Datos del recién nacido o de la recién nacida.
- Estado y destino de la paciente al abandonar la sala de partos.

l) Documento de Planificación de Cuidados de Enfermería.

Todos los cuidados de enfermería, tanto los derivados de órdenes médicas como los administrados por la propia atención de enfermería.

m) Documento de Tratamiento Farmacológico.

Las aplicaciones medicamentosas administradas por el equipo de enfermería en base a las órdenes médicas o en su caso de enfermería. Deberá ir cumplimentada y firmada por el personal de Enfermería indicando:

- Medicamento.
- Vía.
- Dosis.
- Unidades.
- Fecha y hora.

n) Documento de Gráfica de Constantes.

Soporte gráfico de las constantes vitales del o de la paciente. Deberá constar de:

- Fecha y, en su caso, hora.
- Constantes vitales de rutina, tales como: pulso, temperatura, presión arterial, diuresis, dieta, peso, balance hídrico y demás controles que fuese necesario incluir de acuerdo a la evolución de la persona paciente, ya sean ordenados por el personal médico o procedente de la propia actividad asistencial de enfermería. La gráfica de constantes deberá ser cumplimentada por el personal de Enfermería a cuyo cuidado esté el o la paciente en ese momento. En el caso de personas pacientes asistidas en las áreas de cuidados intensivos se incorporarán registros pormenorizados de las constantes vitales.

o) Documento de informe clínico de alta.

Cualquier información relevante desde el punto de vista asistencial y, como mínimo, la identificación de:

- Centro sanitario, unidad asistencial y médico o médica responsable.
- Nombre, apellidos, fecha de nacimiento, sexo, número de historia clínica y domicilio de la persona paciente.
- Fecha de inicio de asistencia y fecha de alta, motivo de la asistencia, antecedentes clínicos relevantes y datos de exploración, resultado de pruebas complementarias, evolución clínica, procedimientos, diagnóstico (principal y otros en su caso), indicaciones y recomendaciones terapéuticas.
- Procedimientos quirúrgicos y obstétricos realizados. En caso de parto se especificarán peso, sexo y estado del o de la recién nacida.

Debe ser realizado por el médico o la médica responsable al finalizar cada proceso asistencial de una persona paciente en un centro sanitario, incluidos los centros cuya actividad asistencial se preste en régimen ambulatorio especializado, así como en aquellos casos en que se produzca un traslado, alta voluntaria, defunción, alta forzosa y alta por fuga.

p) Documento de Informe de Necropsia.

La información derivada del examen post mortem que se realiza a las personas fallecidas. Deberá contener apartados diferenciados para hallazgos macro y microscópicos, correlación anatomoclínica, impresión diagnóstica final y causa probable del fallecimiento. En aquellos supuestos en que por la complejidad del estudio anatomopatológico no pueda realizarse el informe de necropsia definitivo, se deberá disponer de un informe provisional, que, en todo caso, deberá ser sustituido en su día por el informe definitivo.

q) Documento de Urgencias.

Las actividades clínicas desarrolladas por los servicios de urgencias de los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Deberá contener como mínimo:

I) Los datos de identificación de la persona paciente y de las circunstancias por las que acude al Servicio de Urgencias:

- Nombre y apellidos.
- Número de historia clínica y número de registro de urgencias.
- Fecha de nacimiento.
- Domicilio habitual.
- Teléfono.
- Fecha y hora en que se realiza la asistencia.
- Profesional sanitario encargado del alta a la persona paciente.

II) Los datos clínicos más relevantes derivados de la asistencia efectuada:

- Motivo de la consulta.
- Constantes clínicas.
- Hallazgos de la exploración física por aparatos y sistemas.
- Pruebas y exploraciones de interés practicadas.
- tratamiento recibido, en su caso.
- evolución del enfermo o enferma.
- diagnóstico provisional.
- recomendaciones terapéuticas.
- otras recomendaciones.
- fecha y hora en que la persona paciente abandona el área de urgencias y destino de la misma.

Artículo 10.– Modelos de Informes y compatibilización en el Sistema Nacional de Salud.

1.– Se aprueban los siguientes modelos de Informes clínicos que en su caso deberán existir en cada historia clínica, con el contenido y en el formato obligatorio que determina el presente Decreto en sus Anexos correspondientes:

- a) Informe clínico de alta, detallado en el anexo I.
- b) Informe clínico de consulta externa, en anexo II.
- c) Informe clínico de urgencias, en anexo III.
- d) Informe clínico de atención primaria, en anexo IV.
- e) Informe de resultados de pruebas de laboratorio, en anexo V.
- f) Informe de resultados de pruebas de imagen, en anexo VI.
- g) Informe de cuidados de enfermería, en anexo VII.
- h) Historia clínica resumida, en anexo VIII.

2.– El informe denominado historia clínica resumida constituye el documento electrónico, alimentado y generado de forma automática y actualizada en cada momento, a partir de los datos que los y las profesionales vayan incluyendo en la historia clínica completa de la persona paciente.

3.– Los centros y servicios sanitarios podrán integrar los contenidos del Informe de cuidados de enfermería en otros informes, según corresponda, dando lugar a Informes conjuntos del equipo médico-enfermero.

4.– A los efectos de procurar la compatibilización de la Historia Clínica en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, se habilita al Departamento competente en materia de sanidad para que pueda determinar requisitos técnicos y en su caso tecnológicos que faciliten la interoperatividad de los sistemas de información en relación con los modelos de Informes clínicos, todo ello de conformidad con los acuerdos correspondientes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

5.– Asimismo se faculta al Departamento competente en materia de sanidad a fin de que pueda realizar modificaciones de los formatos que son fijados en anexos a este Decreto siempre que tales cambios no supongan alteración respecto a los contenidos fijados para los tipos documentales de referencia e incluyan, en todo caso, todas las variables que integran el conjunto mínimo de datos que recoge la normativa estatal básica.

CAPÍTULO III

ACCESO Y USOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Artículo 11.– Principios y normas generales.

1.– De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada a la persona paciente. Las y los profesionales sanitarios del centro o servicio que realizan el diagnóstico o el tratamiento de la persona paciente tienen acceso a la historia clínica de ésta como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

2.– Los datos existentes en las historias clínicas son confidenciales, por lo que toda persona que elabore o tenga acceso a la información y a la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida. Asimismo el personal de los centros y servicios sanitarios que acceda a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

jueves 29 de marzo de 2012

3.– La persona paciente es la titular del derecho a la información que sobre sus datos de salud constan en su historia clínica. Dichos datos de salud están sujetos al régimen jurídico de especial protección que establece la legislación sobre protección de datos, por lo que según la misma sólo podrán ser recabados, tratados o cedidos cuando, por razones de interés general, así lo dispone una Ley o la persona afectada lo consienta expresamente.

4.– Cada Institución titular del centro o servicio sanitario establecerá los mecanismos necesarios para el acceso a la historia clínica y, en particular, los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por las y los profesionales que le asisten.

5.– Los derechos de acceso a la historia clínica, cuyos supuestos legalmente previstos son objeto de desarrollo desde la perspectiva de sus procedimientos en este Decreto, han de quedar estrictamente limitados a los fines específicos en cada caso. En los casos de duda o conflicto de intereses, se actuará garantizando los derechos de quien ostente la titularidad de los datos clínicos.

6.– Las solicitudes de acceso a la documentación clínica de cada persona como paciente se cumplimentarán conforme a los supuestos previstos en este Decreto, con arreglo a sus correspondientes procedimientos y en sus plazos de respuesta, siendo necesario en todo caso identificar adecuadamente a quien lo solicita, la información demandada, el motivo y finalidad de la solicitud, y la constancia de consentimiento expreso del paciente para que pueda producirse tal tratamiento de sus datos, sin perjuicio de las excepciones que contempla este Decreto. En la entrega o envío de la documentación se tomarán las medidas oportunas para salvaguardar la confidencialidad de la información proporcionada, quedando constancia de la documentación entregada.

7.– De conformidad con la normativa vigente sobre acceso electrónico de los ciudadanos y ciudadanas a los servicios públicos, se reconoce el derecho a relacionarse con la Administración sanitaria y las instituciones públicas sanitarias utilizando medios electrónicos, que comprenderá recabar informaciones, realizar consultas y alegaciones, formular solicitudes y obtener copias electrónicas. Dicho acceso se regirá asimismo por la normativa vigente sobre historia clínica digital común para el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 12.– Procedimientos de acceso por la propia persona paciente o por persona autorizada por la misma.

1.– De conformidad con lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el o la paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Dicho derecho excluye el acceso a datos que deban limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica, del que el médico o la médica dejará constancia en la historia clínica. Dicho derecho asimismo no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en la historia clínica, recogidos en interés terapéutico de la persona paciente, ni en perjuicio del derecho de los y las profesionales participantes en su elaboración, quienes pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

2.– El derecho de acceso del paciente comprende la posibilidad de obtener la información disponible sobre el origen de sus datos de carácter personal y las comunicaciones realizadas o previstas sobre los mismos, así como si están siendo objeto de tratamiento y con qué finalidad.

jueves 29 de marzo de 2012

3.– El acceso de la persona paciente puede realizarse también por representación debidamente acreditada de otra persona, que además deberá aportar autorización firmada del o de la paciente que identifique de manera específica e inequívoca los términos del acceso.

4.– En caso de pacientes menores de 16 años de edad, sin emancipación, el ejercicio del derecho de acceso a su historia clínica requerirá contar en todo caso con la autorización expresa de sus progenitores o de sus representantes legales. En caso de duda entre los intereses del o de la menor y los motivos de la persona solicitante, se actuará priorizando los intereses del o de la menor.

5.– En caso de pacientes con incapacitación judicial, el acceso podrá hacerse por medio de la persona nombrada como su representante legal.

6.– La solicitud en los procedimientos previstos en este artículo será dirigida directamente a la persona responsable del centro o servicio sanitario o, en su caso, al servicio correspondiente de atención a pacientes, y se podrá formalizar especificando la información que se solicita y de qué episodio asistencial se trata.

7.– La entrega deberá producirse en un plazo inferior a treinta días desde la solicitud y se realizará preferentemente de modo personalizado, dejando constancia de la misma, admitiéndose no obstante la remisión por correo cuando así se requiera en la solicitud y la naturaleza de la información lo permita.

8.– En ningún caso se entregará documentación original de la historia clínica y la información que se proporcione, cualquiera que sea el soporte en que fuera facilitada, se dará de forma legible, en terminología normalizada y universal y sin utilización de símbolos o abreviaturas.

Artículo 13.– Procedimiento de acceso por profesionales de los centros y servicios sanitarios con finalidad asistencial.

1.– El acceso a la documentación de la historia clínica por el personal de los centros o servicios sanitarios tendrá un carácter selectivo en consideración a la categoría profesional, al tipo de datos y al lugar o puesto de trabajo en relación con los procesos asistenciales realizados. Las Instituciones titulares de los centros o servicios sanitarios deberán tener aprobadas instrucciones claras al respecto.

2.– Los sistemas de información de la historia clínica de los centros sanitarios identificarán de forma inequívoca y personalizada a todo profesional que intente acceder a la información contenida en la historia clínica de una persona como paciente o persona usuaria y verificarán su autorización. Se deberá dejar constancia de todo acceso en términos que permitan tener conocimiento de la persona que accede, la fecha y la finalidad, debiéndose guardar de cada intento de acceso como mínimo la identificación del profesional, fecha, hora y la parte de la historia clínica a la que se ha accedido y el tipo de acceso. Si el acceso es denegado por no cumplir los criterios de acceso, la propia denegación deberá quedar también registrada.

3.– Las y los profesionales sanitarios que realizan el diagnóstico o el tratamiento de la persona paciente tienen acceso directo e inmediato a las historias clínicas y a la información clínica incluida en las mismas en cumplimiento de sus funciones de prevención o diagnóstico médicos, o de prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos.

4.– Cuando el acceso es solicitado por las y los profesionales sanitarios de otros centros o servicios sanitarios diferentes al que custodia la historia clínica se necesitará la justificación explícita sobre sus fines asistenciales. La solicitud en estos casos se dirigirá a la persona responsable del

centro o servicio sanitario y la entrega o transmisión de información deberá producirse a la mayor brevedad posible y en todo caso en un plazo inferior a treinta días, dejando constancia de la misma.

Artículo 14.– Procedimientos de tratamiento y cesión de información con otras finalidades sanitarias.

1.– Los centros sanitarios tienen la obligación de realizar toda cesión de información que les sea exigida bajo el amparo del interés público y mediante Resolución motivada del órgano responsable de salud pública del Departamento competente en sanidad, dirigida a la prevención o a la protección de la salud en situaciones de urgencia o de riesgo grave e inminente para la salud de las personas. Dicha cesión no precisará el consentimiento previo de las personas afectadas y podrá tener lugar de manera puntual y extraordinaria, en el marco de la vigilancia epidemiológica, o, conforme a las previsiones de los artículos 8 y 23 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y del artículo 9 de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, a través de las normas reguladoras de sistemas específicos de información sanitaria.

2.– Asimismo en los supuestos de acceso a las historias clínicas con fines epidemiológicos o por otra motivación de salud pública, cuando tal acceso sea necesario para la prevención de un riesgo o peligro grave para la salud de la población, las Administraciones sanitarias a las que se refiere la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, podrán acceder a los datos identificativos de las personas pacientes, debiendo realizarse el acceso, en todo caso, por profesionales sanitarios sujetos al secreto profesional o por otra persona sujeta, asimismo, a una obligación equivalente de secreto, previa motivación por parte de la Administración que solicitase el acceso a los datos.

3.– El acceso a la documentación de la historia clínica de las personas fallecidas por terceras personas que acrediten su vinculación con aquéllas por razones familiares o de hecho, se podrá producir siempre que se justifiquen motivos por un riesgo para la propia salud de la persona solicitante y salvo que la persona fallecida lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En todo caso, el acceso se limitará a los datos pertinentes y no se facilitará información que afecte a la intimidad de la persona fallecida, ni a las anotaciones subjetivas de los y las profesionales que intervinieron, ni que perjudique a terceras personas.

4.– Las y los profesionales de la salud responsables de los establecimientos sanitarios de oficinas de farmacia, botiquines, ópticas, ortopedias o establecimientos de audioprótesis podrán tener acceso a la información clínica pertinente y necesaria en cumplimiento de sus obligaciones de cooperación en el seguimiento de los tratamientos médicos o facultativos. En estos casos se contactará con las o los profesionales sanitarios encargados del tratamiento, de los que dependerá la entrega o transmisión justificada de información, debiendo dejar constancia de la misma.

5.– Los procedimientos en los supuestos previstos en el presente artículo se desarrollarán conforme a las normas internas de las instituciones respectivas, dejando siempre constancia de las actuaciones realizadas.

Artículo 15.– Procedimiento de acceso por personal sanitario con finalidad distinta a la asistencial.

1.– De conformidad con el artículo 16.5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación o planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones en relación con la comprobación de la calidad de la asistencia, el

respeto de los derechos de la persona paciente o cualquier otra obligación del centro o servicio sanitario en relación con pacientes y personas usuarias o la propia Administración sanitaria.

2.– El personal sanitario tendrá asimismo acceso a la historia clínica en el ejercicio de funciones con finalidad de gestión de los servicios sanitarios. Este tipo de accesos deberán limitarse estrictamente a los datos relacionados con dicha gestión, que podrá comprender identificaciones individualizadas, justificadas por criterios técnicos o científicos relacionados con la eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios.

3.– La Administración sanitaria y sus correspondientes agentes en el ejercicio de la función de inspección a la que se refiere el presente artículo, podrán acceder a los archivos, recabar cuanta información precisen para el cumplimiento de sus cometidos y examinar los equipos físicos y lógicos utilizados y las instalaciones, todo ello de acuerdo con las facultades que les confiere la legislación correspondiente.

4.– El acceso conforme a los procedimientos previstos en este artículo no requerirá el consentimiento previo de las personas afectadas y requerirá la solicitud a la persona responsable del centro o servicio sanitario, dejando constancia de la misma en todo caso, así como de las entregas que correspondan, que se desarrollarán en los plazos y conforme a las reglas operativas internas de las Instituciones concernidas.

Artículo 16.– Procedimiento de acceso por terceras personas con otras finalidades.

1.– Se podrá también acceder a la historia clínica, con sujeción a lo previsto en las leyes, con los siguientes fines:

- Investigación.
- Docencia.
- Estudio epidemiológico o de salud pública.
- Dirección, planificación o programación del sistema sanitario.
- Facturación de servicios sanitarios.
- Judiciales.

2.– El acceso a la historia clínica con los fines del apartado anterior obliga, conforme a lo dispuesto en el artículo 16.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, a preservar los datos de identificación personal del o de la paciente separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que la propia persona paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

3.– Se exceptúan de lo previsto en el apartado anterior de este artículo, conforme dispone la Ley, los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos de la propia persona paciente con los clínico-asistenciales. En estos casos se estará a lo que dispongan los Jueces o Juezas y Tribunales en el proceso correspondiente.

4.– A las compañías de aseguramiento privado únicamente se les podrá facilitar aquellos datos de la historia clínica imprescindibles a efectos de facturación, con la finalidad de la justificación del gasto. Cualquier otra información clínica solicitada por la compañía aseguradora requerirá el consentimiento expreso de la persona paciente.

5.– El acceso conforme a los procedimientos previstos en este artículo requerirá de la previa solicitud a la persona responsable del centro o servicio sanitario, de la que quedará constancia, así como de las entregas que procedan.

CAPÍTULO IV

CONSERVACIÓN Y EXPURGO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Artículo 17.– Custodia y archivo de la Historia Clínica.

1.– Corresponde la custodia de la historia clínica:

a) A las y los profesionales sanitarios cuando la actividad sanitaria se lleve a cabo de manera individual.

b) A las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas, cuando la asistencia sanitaria se preste en el marco de organizaciones sanitarias, como centros de salud, ambulatorios, clínicas de especialidades u hospitales.

2.– El centro sanitario será responsable de establecer un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas, asegurando su trazabilidad.

3.– En el ámbito de los centros a que se refiere el apartado b) anterior la custodia y conservación de las historias clínicas corresponderá a las unidades de documentación clínica del respectivo centro, bajo la responsabilidad de la dirección del centro.

4.– Las unidades de documentación clínica llevarán un registro en el que anotarán y dejarán constancia del acceso y uso de la historia clínica. Específicamente se anotará, nombre, apellidos y documento nacional de identidad (DNI) de la persona que ha accedido a la historia clínica, naturaleza del acceso, que incluirá contenido y justificación, y fecha del acceso. Asimismo, se anotarán las restricciones practicadas al acceso por razón de la protección de la identidad de la persona paciente, los derechos de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en la historia clínica en interés terapéutico del o de la paciente o los derechos de los y las profesionales participantes en su elaboración.

5.– Los depósitos de archivo cumplirán las condiciones arquitectónicas, de seguridad y organizativas necesarias que garanticen la seguridad de los datos y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, todo ello asimismo de conformidad con la regulación sobre las medidas de seguridad aplicables a los datos personales, que desarrolla el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

6.– Si existe una externalización en la gestión del archivo, se dispondrá en el contrato correspondiente la garantía de cumplimiento de la normativa vigente y, en particular, la prevista en el artículo 12 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal sobre el acceso a dichos datos por cuenta de terceros.

Artículo 18.– Confidencialidad y medidas de seguridad.

1.– Los centros, servicios y establecimientos sanitarios están obligados a garantizar la protección de los datos de carácter personal así como la custodia y confidencialidad de la información que se contiene en la historia clínica, aplicándose lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

2.– El uso de cualquier soporte documental deberá contar con las garantías que aseguren su confidencialidad, autenticidad, integridad y conservación.

3.– La persona responsable del archivo de documentación clínica y quienes intervengan en cualquiera de las actividades de gestión de los mismos estarán sometidos al deber de secreto profesional, que persistirá aunque finalice su contrato laboral en estas dependencias o cualesquiera otra relación jurídica o de hecho que haya amparado la participación.

4.– En el manual de uso de la historia clínica se recogerán las medidas de seguridad en la gestión de la historia clínica, de acuerdo con el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Se incluirán las medidas técnicas y organizativas, los protocolos de seguridad y los estándares a adoptar para garantizar la integridad de los datos.

Artículo 19.– Conservación de la documentación clínica.

1.– La documentación clínica generada deberá conservarse durante un periodo mínimo de cinco años a contar desde la fecha del alta de cada episodio asistencial.

2.– En aquellos casos en que exista normativa específica que establezca períodos de conservación superiores a los establecidos en este Decreto la persona titular del centro sanitario correspondiente garantizará su cumplimiento. Específicamente deberá mantener la documentación clínica generada en los servicios de medicina nuclear y radioterapia durante el periodo de treinta años que se prevé en el Real Decreto 1841/1997, de 5 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en medicina nuclear, y en el Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio, por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia, respectivamente.

3.– Para la conservación de los documentos electrónicos se realizarán periódicamente copias de seguridad que garanticen la conservación de la información y se realizarán las conversiones para los documentos de conservación permanente.

4.– La historia clínica deberá conservarse en las condiciones que garanticen la autenticidad, integridad, confidencialidad, preservación y correcto mantenimiento de la información asistencial registrada, y que asegure una completa posibilidad de reproducción en el futuro, todo ello durante el tiempo en que sea obligatorio conservarla e independientemente del soporte en que se encuentre, que podrá no ser el original.

5.– En cualquier proceso de traslación de la información de la historia clínica, desde su soporte original a otro soporte, y tanto si es digital como de otra naturaleza, debe garantizarse la inalterabilidad, autenticidad y perdurabilidad de la información asistencial registrada, así como la confidencialidad de los datos y de la información que contienen. Las medidas técnicas y organizativas de seguridad que se adopten deben ser recogidas en protocolos internos de los centros y servicios sanitarios, todo ello de acuerdo con el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Artículo 20.– Medidas en caso de cese de la actividad.

1.– Las y los profesionales sanitarios de ejercicio individual que cesen en dicho ejercicio de su actividad profesional continuarán sometidos a las exigencias legales en materia de conservación y seguridad de los datos de las historias clínicas, correspondiéndoles su custodia y conservación en tanto no hayan transcurrido los plazos legales correspondientes.

2.– En caso de fallecimiento de la o el profesional sanitario con ejercicio individual, sus herederos y herederas se subrogarán en las obligaciones de custodia y conservación señaladas hasta tanto pongan las historias clínicas a disposición del correspondiente Colegio Profesional.

3.– Los supuestos de cierre o cese definitivo de la actividad de centros y servicios sanitarios se rigen por la normativa sanitaria específica que regula dichas situaciones.

4.– En todo caso, en los supuestos de cierre o cese definitivo de centros y servicios sanitarios, o de actividades profesionales sanitarias, deberá garantizarse por sus personas responsables respectivas el mantenimiento del acceso legalmente reconocido a las historias clínicas que se encuentren bajo su custodia.

Artículo 21.– Expurgo y destrucción de la documentación clínica.

1.– A los efectos de este Decreto, se entenderá por expurgo el proceso de evaluación crítica y selección de los soportes y tipos documentales de la historia clínica que reúnen las mejores condiciones de testimonio e información para poder determinar la continuidad de su conservación y la retirada o destrucción de aquellos que no sean esenciales para resumir y reconstruir cada episodio asistencial.

2.– Una vez transcurridos los plazos legales de conservación a que se refiere o que determina este Decreto, se podrá realizar un proceso de expurgo de la documentación clínica, pudiéndose destruir los tipos documentales que procedan con excepción de los siguientes:

- a) Informe de alta.
- b) Informe clínico de consultas externas.
- c) Informe clínico de urgencias.
- d) Informe clínico de atención primaria.
- e) Informe de resultados de pruebas de laboratorio, modelo B.
- f) Informe de pruebas de imagen.
- g) Informe de cuidados de enfermería.
- h) Consentimiento informado.
- i) Hojas de alta voluntaria.
- j) Informe quirúrgico.
- k) Informe de parto.
- l) Informe de anestesia.
- m) Informe de exploraciones complementarias.
- n) Informe de anatomía patológica.

3.– Una vez transcurridos 10 años tras el fallecimiento de la persona paciente, se podrá destruir toda su documentación clínica, de acuerdo con lo que se establece en este Decreto.

4.– Se podrá destruir asimismo la historia clínica que haya permanecido sin movimientos durante 15 años, de acuerdo con lo que se establece en este Decreto.

jueves 29 de marzo de 2012

5.– Los procesos de expurgo, incluida en su caso la destrucción de documentación clínica, deberán ser previamente autorizados por la Comisión de Valoración, Selección y Expurgo de Documentación Clínica (COVSEDOC). A tal fin, los centros sanitarios elevarán una propuesta de expurgo de conformidad con las instrucciones que se aprueben al efecto.

6.– Los procesos de expurgo deberán documentarse en un Acta de Expurgo que será remitida a la COVSEDOC.

7.– Para la conservación de los documentos electrónicos se realizarán periódicamente copias de seguridad que garanticen la conservación de la información. Igualmente se realizarán los procesos de expurgo y las conversiones para los documentos de conservación permanente.

8.– No obstante lo establecido por los apartados 3 y 4, debe conservarse, de acuerdo con los criterios que establezca la COVSEDOC, la documentación que sea relevante a efectos asistenciales, así como especialmente, a efectos epidemiológicos, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. En el tratamiento de esta documentación debe evitarse identificar a las personas afectadas, salvo que el anonimato sea incompatible con las finalidades perseguidas o que los pacientes hayan dado su consentimiento previo, de acuerdo con la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal. La documentación clínica también debe conservarse en su caso a efectos judiciales, de conformidad con la normativa vigente.

Artículo 22.– Comisión de Valoración, Selección y Expurgo de Documentación Clínica.

1.– Se crea la Comisión de Valoración, Selección y Expurgo de Documentación Clínica (COVSEDOC), adscrita al Departamento competente en materia de sanidad.

2.– La COVSEDOC estará integrada por las siguientes personas:

a) Dos personas representantes del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Una de las mismas deberá ser licenciada en derecho.

b) Dos personas representantes de la Organización Central del ente público Osakidetza-Servicio vasco de salud.

c) Una persona representante de los Hospitales dependientes de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

d) Una persona representante de Atención Primaria dependiente de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

e) Tres personas representantes de la sanidad privada del País Vasco.

f) Una persona representante del Servicio de Archivo y Patrimonio Documental del Departamento de Cultura del Gobierno Vasco.

g) Una persona especialista en sistemas informáticos.

3.– Las personas componentes de la Comisión serán nombradas por la persona titular del Departamento competente en materia de sanidad, a propuesta del organismo al que representen. En la misma Orden se designará al Presidente o Presidenta y al Secretario o Secretaria de la Comisión.

4.– Por el Departamento competente en sanidad se adoptarán las medidas necesarias para que en la Comisión exista una representación equilibrada de mujeres y hombres, procurando

al efecto que cada sexo esté representado al menos al 40% del número total de personas que componen el órgano colegiado.

5.– Con el fin de garantizar la continuidad de los trabajos y la eficacia de sus resultados, la COVSEDOC podrá ser objeto de renovación cada tres años hasta un máximo de la mitad de sus componentes.

6.– La COVSEDOC celebrará, con periodicidad trimestral, como mínimo, cuatro reuniones plenarias anuales.

7.– Para agilizar el desarrollo de sus funciones, la Comisión podrá crear los grupos de trabajo o subcomisiones que estime oportunas.

Artículo 23.– Funciones de la Comisión de Valoración, Selección y Expurgo de Documentación Clínica.

Son funciones de la COVSEDOC:

- a) Asesorar al Departamento competente en sanidad en materia de documentación clínica.
- b) Desarrollar instrucciones relacionadas con la conservación y expurgo de la documentación clínica.
- c) Asesorar a los centros o instituciones sanitarias y a los y las profesionales en materia de documentación clínica.
- d) Elevar al Departamento competente en materia de sanidad informes o recomendaciones sobre temas que la Comisión considere de interés.

CAPÍTULO V

DERECHOS Y OBLIGACIONES EN RELACIÓN CON LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Artículo 24.– Derechos de las y los pacientes.

1.– Toda persona como paciente tiene derecho a:

- a) Que se registre en su historia clínica la información generada en todos los procesos asistenciales que le afecten.
- b) La confidencialidad de sus datos personales, al respeto a su intimidad y al consentimiento informado.
- c) Conocer en todo momento a la persona profesional de la salud responsable de su diagnóstico y tratamiento.
- d) Obtener la información disponible sobre su salud con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la misma.
- e) Que se respete su derecho a no recibir información.
- f) Recibir de la persona profesional sanitaria responsable, una vez finalizado el episodio asistencial, un informe clínico.
- g) Obtener un informe clínico o los certificados acreditativos de su estado de salud, si así lo solicita.

- h) Obtener copia de los datos que figuran en la historia clínica.
- i) Al acceso, rectificación, cancelación y oposición a su historia clínica.
- j) Que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de su historia clínica.

2.– La información facilitada a la persona paciente se presentará en general de forma oral y abarcará como mínimo la finalidad y la naturaleza de la actuación, así como sus riesgos y consecuencias. Se dejará constancia en la historia clínica de la información proporcionada, así como del documento en el que en su caso figure su renuncia a recibir información.

3.– La información será verídica y deberá darse de manera comprensible y adecuada a las necesidades y los requerimientos de la persona paciente para ayudarle a tomar una decisión.

4.– El o la titular del derecho a la información es la persona paciente. También serán informadas las personas vinculadas a ella, por razones familiares o de hecho, en la medida que lo permita de manera expresa o tácita.

Artículo 25.– Consentimiento Informado.

1.– Toda actuación en el ámbito de la salud de un o una paciente necesita el consentimiento libre, voluntario e informado de la persona afectada, del que se dejará constancia en la historia clínica.

2.– El o la paciente, antes de otorgar su consentimiento, tendrá derecho a la siguiente información básica:

- a) La finalidad y los beneficios esperados con la intervención terapéutica.
- b) Las consecuencias relevantes o de importancia asociadas a una determinada intervención.
- c) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales de la persona paciente.
- d) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- e) Las contraindicaciones.
- f) Las alternativas de tratamiento existentes.

3.– La persona encargada de facilitar la información será el o la profesional sanitaria que prescriba la intervención y sea responsable de la asistencia, sin perjuicio de que quien practique la intervención o aplique el procedimiento pueda ayudar a aclarar los extremos que le conciernan. Se facilitará con antelación suficiente, y en todo caso, al menos 24 horas antes del procedimiento correspondiente, siempre que no se trate de actividades urgentes.

4.– El consentimiento se prestará de forma verbal como regla general, aunque deberá recabarse por escrito en los siguientes supuestos:

- a) Intervenciones quirúrgicas.
- b) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos.
- c) En general, en la aplicación de procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud de la persona paciente.

jueves 29 de marzo de 2012

5.– Siempre que la persona paciente haya expresado por escrito su consentimiento informado, tendrá derecho a obtener una copia de dicho documento. El o la paciente tiene asimismo derecho a revocar libremente su consentimiento en cualquier momento sin necesidad de expresar la causa, debiendo constar dicha revocación por escrito en la historia clínica.

6.– El personal sanitario está exento de recoger el consentimiento informado cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley o bien cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica de la persona enferma y no sea posible conseguir su autorización, consultando en tal caso, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho.

7.– Se otorgará el consentimiento por representación conforme determina la Ley 41/2002 en los supuestos que contempla la misma, cuando la persona paciente a criterio médico no sea capaz de tomar decisiones por sí misma o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, cuando el paciente esté incapacitado legalmente y cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, justificando cada criterio documentalmente.

Artículo 26.– Documento de voluntades anticipadas.

1.– De conformidad con la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las Voluntades Anticipadas en el ámbito de la sanidad, se dejará constancia en la historia clínica del documento de voluntades anticipadas cuando se ha tenido en cuenta para orientar la toma de decisiones terapéuticas.

2.– Cuando el o la paciente no pueda expresar su voluntad y prestar su consentimiento, se tendrán en cuenta los deseos expresados en el documento de voluntades anticipadas, en el caso de que exista.

Artículo 27.– Ejercicio de los derechos de la persona paciente de rectificación, cancelación y oposición, en relación a su historia clínica.

1.– El derecho de rectificación comprende el derecho de la persona paciente a que se modifiquen los datos de su historia clínica que resulten ser inexactos e incompletos. La solicitud de rectificación deberá indicar a qué datos se refiere y la corrección que haya de realizarse, y deberá ir acompañada de la documentación justificativa de lo solicitado.

2.– El derecho de cancelación comprende el derecho de la persona paciente a que se supriman los datos de su historia clínica que resulten ser inadecuados o excesivos, pudiendo ejercitarse sin perjuicio del deber de bloqueo. En la solicitud de cancelación la persona interesada deberá indicar a qué datos se refiere, aportando al efecto la documentación que lo justifique, en su caso.

La cancelación dará lugar al bloqueo de los datos, consistente en la identificación y reserva de los mismos con el fin de impedir su tratamiento excepto para su puesta a disposición de las Administraciones Públicas, Jueces o Juezas y Tribunales, para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento y sólo durante el plazo de prescripción de dichas responsabilidades. Transcurrido ese plazo deberá procederse a la supresión o borrado físico de los datos.

La cancelación no procederá cuando pudiese causar un perjuicio a intereses legítimos del afectado o afectada, de terceras personas o cuando existiese una obligación de conservación de los datos. En este sentido y con carácter general, no procederá la cancelación de datos de la historia clínica en virtud del deber de conservación de la misma establecido en la normativa sanitaria.

3.– El derecho de oposición es el derecho de la persona paciente a que no se lleve a cabo el tratamiento de sus datos o a que se cese en el mismo cuando, a pesar de no ser necesario su consentimiento para el tratamiento, concurra una causa legítima y fundada, referida a su concreta situación personal, que lo justifique y una Ley no disponga lo contrario. En la solicitud de oposición deberán hacerse constar tales motivos personalísimos que justifican su oposición.

4.– Los centros e instituciones sanitarias, y en su caso las y los profesionales sanitarios cuando ejercen individualmente, en su condición de responsables de la historia clínica, deberán resolver las solicitudes de rectificación, cancelación u oposición que se les dirijan en el plazo máximo de diez días a contar desde la recepción de la solicitud. Transcurrido dicho plazo sin que de forma expresa se responda a la petición, la persona interesada podrá interponer la reclamación prevista en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Artículo 28.– Obligaciones de las personas pacientes.

1.– Las personas pacientes deberán facilitar, de forma leal y cierta los datos de identificación y los datos referentes a su estado físico o su salud que sean necesarios para el episodio asistencial o por razones de interés general debidamente motivadas.

2.– Las personas pacientes deberán firmar el documento pertinente en caso de negarse a las actuaciones sanitarias propuestas. En este documento quedará expresado con claridad que el o la paciente ha recibido suficiente información de las situaciones que pueden derivarse, y que rechaza los procedimientos sugeridos. De no haber alternativas se emitirá un alta forzosa.

3.– El enfermo o enferma tiene el deber de aceptar el alta una vez finalizado el episodio asistencial. Si no se aceptare el centro gestionará el alta forzosa.

4.– En los casos de alta voluntaria la persona enferma dejará constancia escrita de su decisión, en contra de la opinión de los médicos o médicas que le atienden, de abandonar el Hospital donde permanece ingresada, asumiendo las consecuencias que de tal decisión pudieran derivarse.

5.– El documento de alta voluntaria deberá ser firmado de forma legible por la persona interesada y contener el número del documento nacional de identidad (DNI) de ésta, la firma del médico o médica y la fecha y hora en que firma el documento. Si la persona paciente lo desea, pueden expresarse en él los motivos de su decisión.

Artículo 29.– Derechos de las personas profesionales sanitarias.

Las y los profesionales sanitarios tienen derecho a:

a) Recibir una información completa, veraz y oportuna del estado de salud de la persona paciente.

b) Disponer de los medios técnicos y materiales adecuados para la correcta cumplimentación de la historia clínica.

c) Reserva de las anotaciones subjetivas.

d) Acceso a la historia clínica del o de la paciente por motivos asistenciales, y por otros motivos definidos en el actual decreto, respetando el manual de uso de la historia clínica.

e) Que se garantice por parte de la Institución, la seguridad y protección de la información clínica.

Artículo 30.– Obligaciones y deberes de las personas profesionales sanitarias.

1.– Las personas profesionales sanitarias, con carácter general, formalizarán por escrito su trabajo a efectos de su reflejo en la historia clínica, que tenderá a ser compartida entre las y los profesionales, centros y niveles asistenciales.

2.– Las y los profesionales tienen obligación de:

a) Cumplimentar la historia clínica de forma legible en los aspectos relacionados con la asistencia a la persona paciente, identificándose en todas las anotaciones que se realicen en la misma.

b) Informar, de forma verdadera, comprensible y adecuada a las necesidades de la persona paciente, sobre la finalidad y naturaleza de cada intervención sanitaria, sus riesgos y consecuencias, dejando constancia de ello en la historia clínica.

c) Informar a las personas vinculadas a la persona paciente, por razones familiares o de hecho, cuando ésta lo permita de manera expresa o tácita, o cuando carezca de capacidad para entender a criterio del médico o médica. Si la persona paciente está incapacitada se informará también a su representante legal.

d) Solicitar el consentimiento informado oral o escrito, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 25.

e) Verificar que el formulario de consentimiento informado escrito esté firmado.

f) Elaborar los formularios de consentimiento informado correspondientes a las intervenciones o procedimientos propios de su especialidad y facilitar dichos formularios a otros servicios o centros.

3.– Las y los profesionales sanitarios tienen el deber de:

a) Guardar el secreto derivado de su actuación profesional o de aquella información a la que tengan acceso.

b) Gestionar y custodiar la documentación clínica que guarden cuando desarrollen su actividad de manera individual.

c) Elaborar o cooperar en la creación y mantenimiento de una documentación clínica ordenada, veraz, actualizada, secuencial e inteligible del proceso asistencial de los y las pacientes, con independencia del soporte material de la documentación.

Artículo 31.– Derechos y obligaciones de las Instituciones Sanitarias.

1.– Las instituciones sanitarias titulares de los centros y servicios sanitarios tienen derecho a:

a) Tomar las medidas que consideren oportunas para la gestión de la documentación clínica y archivo.

b) Realizar procesos de expurgo, en los términos regulados por este Decreto, para aliviar la carga documental del archivo y facilitar la gestión documental.

2.– Las instituciones sanitarias titulares de los centros y servicios sanitarios tienen la obligación de:

a) Garantizar la seguridad y custodia de la información recogida en la historia clínica.

b) Facilitar los medios necesarios para la gestión del archivo.

jueves 29 de marzo de 2012

c) Articular los circuitos necesarios para asegurar la presencia de la historia clínica en el lugar de la asistencia sanitaria.

d) Articular los mecanismos necesarios para la elaboración de la historia clínica.

DISPOSICIÓN ADICIONAL

Los documentos clínicos que se hubieran generado con anterioridad a la entrada en vigor de este Decreto podrán continuar conservándose en su estado actual. En el plazo de 18 meses a partir de la entrada en vigor de este Decreto se adecuarán los modelos de los documentos clínicos que se vengán utilizando a los nuevos en él establecidos.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Quedan derogados el Decreto 272/1986, de 25 de noviembre, por el que se regula el uso de la Historia Clínica en los Centros Hospitalarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco, y el Decreto 45/1998, de 17 de marzo, por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias.

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del País Vasco.

Dado en Vitoria-Gasteiz, a 13 de marzo de 2012.

El Lehendakari,
FRANCISCO JAVIER LÓPEZ ÁLVAREZ.

El Consejero de Sanidad y Consumo,
JAVIER RAFAEL BENGOA RENTERÍA.

jueves 29 de marzo de 2012

ANEXO I AL DECRETO 38/2012, DE 13 DE MARZO

INFORME CLÍNICO DE ALTA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO SANITARIO		APELLIDOS		
		NOMBRE		
INFORME CLÍNICO DE ALTA		DOMICILIO		
N.º Historia	CIP/CIC	F. nacimiento	Sexo (H/M)	N.º S. Social
N.º Episodio	F. Ingreso	F. Alta	Tipo de Ingreso (P/U)	Motivo de Alta (tabla)
Servicio de Alta		Unidad del Alta		
MOTIVO DE INGRESO:				
ANTECEDENTES:				
HISTORIA ACTUAL:				
EXPLORACIÓN FÍSICA:				
RESUMEN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:				
EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS:				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:				
OTROS DIAGNÓSTICOS:				
PROCEDIMIENTOS:				
TRATAMIENTO:				
OTRAS RECOMENDACIONES:				
Médica/o responsable	Categoría Profesional (Residente- <small>FEA-J. Sec.-J. S.º</small>)	Otros/as profesionales sanitarios	Firma	Fecha firma
Médica/o responsable (Cuando supervisa a la o al 1 ^{er} firmante)	Categoría Profesional (<small>FEA-J. Sec.-J. S.º</small>)	Otros/as profesionales sanitarios	Firma	Página 1/1

jueves 29 de marzo de 2012

ANEXO II AL DECRETO 38/2012, DE 13 DE MARZO

INFORME CLÍNICO DE CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO SANITARIO		APELLIDOS		
		NOMBRE		
INFORME CLÍNICO DE CONSULTA EXTERNA		DOMICILIO		
N.º Historia	CIP/CIC	Fecha nacimiento	Sexo (H/M)	N.º S. Social
Servicio		Unidad		Fecha Consulta
MOTIVO DE CONSULTA:				
ANTECEDENTES:				
HISTORIA ACTUAL:				
EXPLORACIÓN FÍSICA:				
RESUMEN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:				
EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS:				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:				
OTROS DIAGNÓSTICOS:				
PROCEDIMIENTOS:				
TRATAMIENTO:				
OTRAS RECOMENDACIONES:				
Médica/o responsable	Categoría Profesional	Otros/as profesionales sanitarios	Firma	Fecha firma
	(Residente-FEA-J. Sec.-J. S.º)			Página 1/1
Médica/o responsable (cuando supervisa a la o al 1 ^{er} firmante)	Categoría Profesional	Otros/as profesionales sanitarios	Firma	
	(FEA-J. Sec.-J. S.º)			

jueves 29 de marzo de 2012

ANEXO III AL DECRETO 38/2012, DE 13 DE MARZO

INFORME CLÍNICO DE URGENCIAS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO SANITARIO		APELLIDOS		
		NOMBRE		
INFORME CLÍNICO DE URGENCIAS		DOMICILIO		
N.º Historia	CIP/CIC	Fecha nacimiento	Sexo (H/M)	N.º S. Social
Servicio	Unidad	Fecha y hora del Ingreso en Urgencias Fecha y hora del Alta en Urgencias Motivo de Alta (tabla)		
UNIDAD ASISTENCIAL RESPONSABLE (S.º Urgencias Hospitalarias + texto libre)				
MOTIVO DE CONSULTA:				
ANTECEDENTES:				
HISTORIA ACTUAL:				
EXPLORACIÓN FÍSICA:				
RESUMEN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:				
EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS:				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:				
OTROS DIAGNÓSTICOS:				
PROCEDIMIENTOS:				
TRATAMIENTO:				
OTRAS RECOMENDACIONES:				
Médica/o responsable	Categoría Profesional (Residente-FEA-J. Sec.-J. S.º)	Otros/as profesionales sanitarios	Firma	Fecha firma
Médica/o responsable (cuando supervisa a la o al 1º firmante)	Categoría Profesional (FEA-J. Sec-J. S.º)	Otros/as profesionales sanitarios	Firma	Página 1/1

jueves 29 de marzo de 2012

ANEXO IV AL DECRETO 38/2012, DE 13 DE MARZO

INFORME CLÍNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO SANITARIO		APELLIDOS	
		NOMBRE	
		DOMICILIO	
INFORME CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA			
N.º Historia	CIP/CIC	Fecha nacimiento	Sexo (H/M) N.º S. Social
Fecha inicio periodo		Fecha fin de periodo	
<p>ANTECEDENTES:</p> <p>RESUMEN DE EPISODIOS ATENDIDOS:</p> <p>RESUMEN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:</p> <p>EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS:</p> <p>PROCEDIMIENTOS:</p> <p>TRATAMIENTO:</p> <p>OTRAS RECOMENDACIONES:</p>			
Médica/o responsable	Categoría Profesional (Residente-M. Familia-Ped. A.P.)	Otros/as profesionales sanitarios	Firma
Médica/o responsable (cuando supervisa a la o al 1 ^{er} firmante)	Categoría Profesional (Residente -M. Familia-Ped. A.P.)	Otros/as profesionales sanitarios	Firma
			Fecha firma
			Página 1/1

jueves 29 de marzo de 2012

ANEXO V AL DECRETO 38/2012, DE 13 DE MARZO

INFORME DE RESULTADO DE PRUEBAS DE LABORATORIO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO SANITARIO		APELLIDOS	
		NOMBRE	
		DOMICILIO	
INFORME DE RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO			
N.º Historia	CIP/CIC	Fecha nacimiento	Sexo (H/M) N.º S. Social
N.º Cama/Consulta de...		Servicio	Unidad
Nombre del solicitante:		Categoría profesional	
MUESTRA: Fecha de la toma n.º de muestra Tipo de Muestra (Texto + código) Grupo de determinación			
Bioquímica general, Sistemático de orina, Hormonas, Marcadores tumorales, Niveles de fármacos y tóxicos, Gasometría, Hematología, Hemostasia (coagulación), Hemoterapia, Hematología-Coagulación pruebas especiales, Inmunología-Alergia, Microbiología, Genética, Anatomía Patológica – Biopsias, Anatomía Patológica – Citologías).			
RESULTADOS:			
MODELO TIPO A (Resultados expresados en cifras generalmente, ej. Bioquímica en sangre):			
Determinación			
Resultado en texto libre			
Unidad			
Rango			
Comentarios			
MODELO TIPO B (Resultados que requieren una descripción y una conclusión en texto libre. ej. Estudio de médula ósea):			
Determinación			
Técnica			
Descripción			
Conclusión (texto)			
Médica/o responsable	Categoría Profesional (Residente-FEA-J.Sec.-J. S.º)	Otros/as profesionales sanitarios	Firma
Médica/o responsable (cuando supervisa a la o al 1º firmante)	Categoría Profesional (FEA-J. Sec-J. S.º)	Otros/as profesionales sanitarios	Firma
Servicio (RD 1277/2003: Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Bioquímica clínica, Hematología – Hemoterapia, Genética, Inmunología, Microbiología y Parasitología)			Fecha firma
			Página 1/1

jueves 29 de marzo de 2012

ANEXO VI AL DECRETO 38/2012, DE 13 DE MARZO
INFORME DE RESULTADO DE PRUEBAS DE IMAGEN

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO SANITARIO	APELLIDOS				
	NOMBRE				
INFORME DE RESULTADOS DE PRUEBAS DE IMAGEN	DOMICILIO				
N.º Historia	CIP/CIC	Fecha nacimiento	Sexo (H/M)	N.º S. Social	
N.º Cama/Consulta de	Servicio		Unidad		
Nombre del/a solicitante	Categoría profesional				
Fecha de la exploración					
<p>INFORMACIÓN CLÍNICA:</p> <p>EXPLORACIÓN: texto</p> <p>DESCRIPCIÓN DE LA EXPLORACIÓN:</p> <p>HALLAZGOS:</p> <p>DIAGNÓSTICO: texto</p> <p>RECOMENDACIONES: cuidados o tratamientos a seguir después de la exploración. Indicación de otras exploraciones para completar el estudio o plazo para realizar un control</p>					
Médica/o responsable	Categoría Profesional (Residente-FEA-J. Sec.-J. S.º)	Otros/as profesionales sanitarios	Firma	Fecha de firma	
Médica/o responsable (cuando supervisa a la o al 1 ^{er} firmante)	Categoría Profesional (FEA-J. Sec-J. S.º)	Otros/as profesionales sanitarios	Firma	Página 1/1	
Servicio: Radiodiagnóstico – Medicina Nuclear					

jueves 29 de marzo de 2012

ANEXO VII AL DECRETO 38/2012, DE 13 DE MARZO

INFORME CLÍNICO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO SANITARIO		APELLIDOS	
		NOMBRE	
INFORME CLÍNICO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA		DOMICILIO	
N.º Historia	CIP/CIC	Fecha Nacimiento	Sexo (H/M)
Persona de referencia		Tel. de referencia	
Fecha de Valoración de Enfermería		Fecha de Alta de Enfermería/Fecha de Derivación de Enfermería	
CAUSAS QUE GENERAN LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA			
MOTIVO DE ALTA/DERIVACIÓN DE ENFERMERÍA: (Ingreso, traslado a domicilio, traslado de servicio, traslado a centro hospitalario, traslado a centro sociosanitario, fallecimiento, otros)			
ANTECEDENTES Y ENTORNO: Enfermedades previas Intervenciones quirúrgicas Tratamientos farmacológicos Alergias Actuaciones preventivas (vacunaciones y su estado) Factores personales, familiares, sociales, culturales y laborales destacables que puedan influir o condicionar su estado de salud			
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RESUELTOS: texto			
PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN LOS QUE ESTÁ INCLUIDO			
VALORACIÓN ACTIVA			
MODELO DE REFERENCIA UTILIZADO. RESULTADOS DESTACABLES			
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ACTIVOS: Literal NANDA			
RESULTADOS DE ENFERMERÍA: Literal NOC			
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Literal NIC			
CUIDADOR O CUIDADORA PRINCIPAL: nombre y apellidos y su vinculación con la persona usuaria			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA / OBSERVACIONES			
Enfermera/o responsable	Categoría Profesional	Otros/as profesionales sanitarios	Firma
	(Enfermera/o-E. especialista-E, residente)		
Enfermera/o responsable (cuando supervisa a la o al 1 ^{er} firmante)	Categoría Profesional	Otros/as profesionales sanitarios	Firma
	(Enfermera/o-E. especialista)		
Dispositivo asistencial:	(centro de salud- hospital-urgencias hospitalarias/extrahospitalarias -centro sociosanitario-otros)		
			Fecha firma
			Página 1/1

ANEXO VIII AL DECRETO 38/2012, DE 13 DE MARZO

HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO SANITARIO		APELLIDOS		
		NOMBRE		
HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA		DOMICILIO		
N.º Historia	CIP/CIC	F. nacimiento	Sexo (H/M)	N.º S. Social
Fecha de creación		Fecha última actualización		
<p>EXISTE INFORMACIÓN RESERVADA POR DECISIÓN DE LA PERSONA PACIENTE (Sí o No).</p> <p>EXISTE DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS (Sí o No).</p> <p>ALERGIAS:</p> <p>VACUNACIONES:</p> <p>PROBLEMAS Y EPISODIOS ACTIVOS: fecha + texto libre</p> <p>TRATAMIENTO:</p> <p>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ACTIVOS: Literal NANDA*</p> <p>RESULTADOS DE ENFERMERÍA: Literal NOC*</p> <p>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Literal NIC*</p> <p>ALERTAS:</p>				

*NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

*NOC: Nursing Outcomes Classification

*NIC: Nursing Interventions Classification