

# Orientación a Internos y Residentes - UDH

---

DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN DE SALUD

2025/2026

# OBJETIVOS

---

Al finalizar la orientación los participantes podrán:

- Conocer el servicio de Información de Salud.
- Reconocer la importancia del expediente médico.
- Repasar las guías de documentación.

# INTRODUCCION

---

- El expediente médico es la herramienta para documentar el curso de cuidado del paciente. Provee un medio de comunicación entre la Facultad Médica y el equipo multidisciplinario de cuidado de salud.
- Provee la base para la adecuación del cuidado médico.
- Provee suficiente información para sustentar las reclamaciones de los planes médicos.
- Protege los intereses legales del paciente, la institución y del médico.
- Provee datos clínicos para la investigación y la educación.

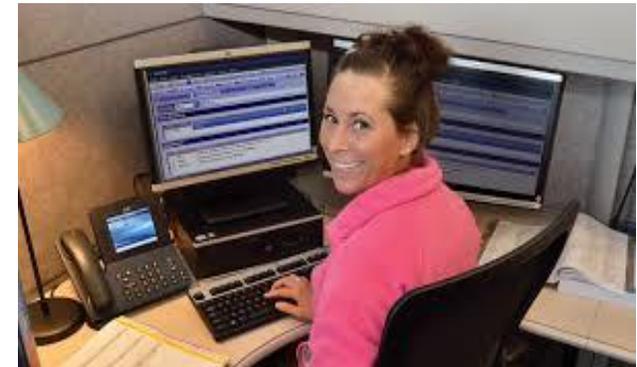
# Información de Salud

---

El Departamento de Información de Salud es responsable del manejo, procesamiento y custodia de los expedientes médicos correspondientes a los servicios brindados a todos los pacientes que acuden al Hospital Universitario de Adultos, Hospital de Trauma, Clínicas Externas y Sala de Emergencia.

## Misión:

Proveer el servicio de información de salud, de forma que se asegure la calidad, accesibilidad y seguridad de la información de los pacientes atendidos en: Hospital Universitario de Adultos, Hospital de Trauma, Clínicas Externas y Sala de Emergencia.



# Información de Salud

---

Servicios:

1. Control de expedientes incompletos.
2. Archivo y Suministro de expedientes médicos.
3. Divulgación de Información Médica.
4. Representación como custodio de expedientes médicos.
5. Líderes en la función de Manejo de Información de Salud en los procesos de acreditación.





# GUIAS GENERALES DE DOCUMENTACION



# GUIAS GENERALES DE DOCUMENTACION

---

Las entradas en el expediente deben estar documentadas al momento del tratamiento, consulta o visita.

# GUIAS GENERALES DE DOCUMENTACION

---

1. El Hospital tiene sus políticas que aseguran la uniformidad en el contenido del expediente. Esto conforme a lo establecido en las leyes estatales y federales, así como con las agencias reguladoras y acreditadoras.
2. Solo podrán registrar entradas en el expediente las personas identificadas en las políticas de la Facultad Médica y del Hospital.
3. Los estándares federales y las normas institucionales restringen el uso de abreviaturas y símbolos en el expediente médico.

# GUIAS GENERALES DE DOCUMENTACION

---



En aquellos casos que se necesario registrar las notas en formato de papel se seguirán las siguientes guías:

1. La identificación del paciente debe aparecer en cada hoja que se documente.
2. Todas las anotaciones deben tener fecha y hora de los hechos, además de la firma y número de licencia de quien hace la entrada para autenticar la misma.
3. Las anotaciones deben ser en tinta negra imborrable para que sean permanentes.

# Contenido del Expediente Médico

- Historial y Físico
- Ordenes Médicas
- Notas de Progreso
- Informe de Operación



# Contenido del Expediente Médico

---

## **Historial Médico y Examen Físico**

Estos deben ser completados dentro de las primeras 24 horas de admitido el paciente.

Si un paciente es readmitido, por la misma condición dentro de los 30 días posteriores a la realización del historial una nota de intervalo con los cambios sustituye el informe.

## **Ordenes Médicas**

Estas dirigen el curso diagnóstico y terapéutico del paciente en el hospital.

- Deben ser claras y completas

# Notas de Progreso

---

## Notas de Progreso

Proveen a los miembros del equipo de cuidado de salud el medio de comunicación e interacción del curso de cuidado.

La ley establece que todo expediente debe tener una nota de admisión (RAN), notas diarias de re-estimado y una nota de alta.

Las notas de progreso deben ser documentadas para describir:

- Estado de salud actual del paciente en la admisión
- Hallazgos físicos
- Observaciones
- Planes
- Informe cronológico del paciente reflejando tanto cambios en la condición como los resultados del tratamiento.

# Informe de Operación

---

Es el documento formal que describe los eventos alrededor de los procedimientos llevados a cabo en una sala de operaciones.

- Este describe las técnicas, los hallazgos y los tejidos removidos o alterados.
- Este se documenta inmediatamente después de la cirugía.



# Resumen de Alta

---

## Resumen de Alta

Es una recapitulación de eventos que describen la evolución del paciente durante el proceso de hospitalización. Sus propósitos son:

- Proveer información al médico de cabecera del paciente para su continuidad de cuidado
- En casos de recién nacidos normales en partos sin complicaciones o para pacientes hospitalizados por menos de 48 horas con problemas menores solamente, una nota de progreso puede sustituir el resumen clínico.

# EXPEDIENTES MEDICOS INCOMPLETOS Y DELINCUENTES

---

## Definición

- Se considerarán expedientes incompletos aquellos que no sean completado en todas sus partes en un período de 30 días después del alta.
- Pasados los 30 días del alta se considerará el expediente como ***delincuente***.



# Departamento de Información de Salud

Días de Servicio – Lunes @ Viernes

Horario : 7:30am @ 12:00pm

1:00pm @ 4:00pm

Contactos:

Sra. Elizabeth Graciani Cruz,  
Supervisora MIS

Teléfono: (787) 777-3535 Ext. 6866

Lisandra Brenes Torres, MS, RHIA

Gerente, Manejo de Información de Salud  
(787) 777-3535 ext. 6852