**MANUAL DE USO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE**

**CLINICA xxxxx**

**INDICE**

1. **INTRODUCCIÓN.**
2. **ESTRUCTURA Y ORDEN DEL CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA.**
3. **PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.**
4. **PROCEDIMIENTO PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y DOCUMENTOS A UTILIZAR.**
5. **CONSERVACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.**
6. **RESPONSABILIDADES DE SU CONSERVACIÓN Y UTILIZACIÓN.**
7. **CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA.**
8. **ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.**
9. **MEDIDAS DE SEGURIDAD.**
10. **INTRODUCCIÓN.**

Este manual pretende ajustar a la Clinica dental XXX el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes profesionales de la salud en materia de documentación clínica, norma que afecta tanto a grandes hospitales públicos, pasando por centros de atención primaria como, por último, a clínicas privadas pequeñas como pueden ser la clínicas dentales.

Dicha norma en su artículo 5 menciona expresamente la necesidad de contar con un Manual de uso de la historia clínica así como detalla su contenido.

1. **ESTRUCTURA Y ORDEN DEL CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

La Historia Clínica comprende el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada paciente, incluyendo su identificación, así como la de los profesionales sanitarios intervinientes.

Se estructura por tratamientos y antes de proceder a su archivo se ordenará en función de los tratamientos realizados.

La Historia Clínica recogerá los siguientes datos:

1. Datos de identificación de la persona paciente
2. Datos clínico-asistenciales que vayan generándose en el curso de la asistencia, que se estructuran de la siguiente forma:
3. Antecedentes de interés.
4. Anamnesis y exploración
5. Plan de tratamiento.
6. Evolución clínica del tratamiento.
7. Tratamiento farmacológico.
8. Cuidados post-tratamiento.
9. Datos básicos pertinentes: prescripción de prótesis y otros.
10. Derivación a otro profesional.
11. Radiografías y exploraciones complementarias.
12. Consentimientos informados.
13. Información de fin de tratamiento.
14. Otra información clínica pertinente.
15. Datos sociales que sean pertinentes para la asistencia sanitaria.
16. **PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.**
17. La Historia Clínica de cada paciente será única y se identificará con un número único y excluyente.
18. El soporte de la Historia Clínica será preferentemente electrónico si bien incluirá cualquier soporte de información generada (papel, digital, audiovisual,…) que garantice la continuidad asistencial.
19. Todos los documentos que componen la historia clínica estarán identificados con el número de historia clínica.
20. El archivado de las historias clínicas, cualquiera que sea su soporte se realizará de modo que garantice su seguridad, conservación adecuada y la recuperación de la misma.
21. Las radiografías deben identificarse igualmente con el número de la historia y fecha de la exploración.
22. Los modelos de escayola y demás medios para realizar prótesis y otros tratamientos deben estar identificados.
23. La custodia de la Historia Clínica corresponde a la Clínica.
24. **PROCEDIMIENTO PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y DOCUMENTOS A UTILIZAR.**
25. Los datos identificativos del paciente (nombre y apellidos, dirección y nº de teléfono), demás datos de identificación, fecha de la primera consulta y datos de entidades de seguros que puedan cubrir el tratamiento se recogerán por el **personal de recepción** de la clínica.
26. Es deber de los **dentistas** que presten asistencia sanitaria al paciente el cumplimentar la Historia Clínica. Cuando participe más de un profesional sanitario, constarán individualizadas las acciones, intervenciones y prescripciones realizadas por cada uno de ellos.
27. Cualquier información incorporada a la historia clínica deberá ser firmada y fechada, de manera que se identifique claramente la persona que la realiza.
28. 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, se identificarán de manera específica y se guardarán de modo individualizado respecto del resto de la información contenida en la historia clínica, todo ello con el fin de facilitar su disociación cuando ésta sea precisa.
29. 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.
30. 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.
31. Datos identificativos:
32. nombre y apellidos
33. dirección
34. fecha nacimiento
35. Sexo
36. Datos clínicos asistenciales. Preguntar y registrar los siguientes datos:
37. **Motivo principal** y concreto que ocasiona la **consulta.**
38. Antecedentes: Después se anotarán los a**ntecedentes, hospitalizaciones, enfermedades, tratamientos actuales y pasados (al menos en los últimos 5 años).**

**En especial la medicación** que haya tomado y que tome en la actualidad (indicando el motivo.

Antecedentes en otras clínicas dentales.

1. Anamnesis y exploración. Se recogerá la **sintomatología de modo que se reflejará de formas precisa la descripción de los problemas que padece, así como de los dolores y molestias que motivan la consulta**
2. Plan de tratamiento.
3. Evolución clínica del tratamiento.
4. Tratamiento farmacológico: en caso de prescribir algún **tratamiento farmacológico** debe registrarse el nombre de los fármacos y pautas de administración del mismo así como duración del tratamiento. La prescripción se realizará en la hoja de receta oficial proporcionada por la Organización Colegial.
5. Cuidados post-tratamiento.
6. Datos básicos pertinentes: prescripción de prótesis y otros
7. Derivación a otro profesional.
8. Radiografías y exploraciones complementarias: cuando haya **radiografías**, en ellas constará el nº de historia, fecha realización y la imagen tendrá la calidad suficiente para ayudar al diagnóstico.
9. Consentimientos informados: El consentimiento informado será verbal por regla general, y se prestará por escrito en intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en los procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. En estos casos se usará el programa CONSING proporcionado por el Consejo General de Dentistas. OPCIONAL.
10. Información de fin de tratamiento.
11. Otra información clínica pertinente

* Existencia de **alergias** medicamentosas o alérgenos (alimentos, aditivos, y otras sustancias). Anotar que no las padece en caso contrario.
* Embarazo o sospecha de embarazo

1. Datos sociales pertinentes para la asistencia sanitaria:

Se recogerá información sobre el tipo **profesión** o actividad laboral principal de la persona, así como deportes que practique, además de aficiones o actividades que puedan tener repercusión en su salud.

1. **CONSERVACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.**
2. Normas generales:
3. La documentación clínica generada se conservará durante un periodo **mínimo de cinco años** a contar desde la fecha del alta de cada episodio asistencial.
4. Documentos electrónicos: se realizarán copias de seguridad **semanales**, (recomendación, diarias) salvo que no se hayan modificado los datos, para garantizar la conservación de la información, la cual se digitalizará en los casos que así procedan.
5. La historia clínica se conservará se 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.
6. 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.
7. Cese de actividad:

Cuando el o los dentistas son los titulares:

Los titulares de la clínica sigue sometido a los plazos anteriores así como 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 dichos plazos.

Si fallece/n, 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.

Cuando el titular no es profesional sanitario:

Los titulares responsables garantizarán el mantenimiento del acceso legalmente reconocido a las historias clínicas que se encuentren bajo su custodia.

1. Expurgo y destrucción de la documentación clínica.
2. Constituye 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.
3. Expurgo: Una vez transcurridos los plazos legales de conservación contenidos en este manual se podrá realizar un proceso de expurgo de la documentación clínica, pudiéndose destruir los tipos documentales que procedan con excepción de los siguientes.
4. Informe de fin de tratamiento.
5. Radiografías.
6. Consentimiento informado.
7. Hoja de cese de tratamiento voluntario.
8. Exploraciones complementarias.
9. Destrucción historia clínica:
10. Transcurridos **10 años** desde el **fallecimiento** del paciente.
11. Historia sin movimientos en 15 años.
12. Previo al expurgo o destrucción se recabará la autorización de la Comisión de Valoración, Selección y Expurgo de Documentación Clínica (COVSEDOC) a través de una propuesta de expurgo de conformidad con las instrucciones que se aprueben al efecto.

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

1. En todo caso se conservarán según 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.
2. **RESPONSABILIDADES DE SU CONSERVACIÓN Y UTILIZACIÓN.**

**Cuando el o los dentistas son los titulares:**

La custodia y archivo corresponde al propio dentista.

**Cuando el titular no es profesional sanitario:**

Los dentistas que realicen una labor asistencial podrán acceder a las historias clínicas y registrarán dicho acceso, fecha y justificación.

Si se trata de historias físicas, el personal de recepción se responsabilizará de la custodia de dichos documentos así como su debido archivo.

Si se externaliza 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.

1. **CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

Tanto los dentistas como la Clínica garantizarán 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.

Todos los Dentistas y personal que recopilen y procesen datos personales contenidos en la Historia Clínica están sujetos al mismo deber de secreto profesional.

Estas obligaciones son independientes del soporte documental que recoja la información de la historia clínica y subsistirán después de finalizar la relación con el paciente o con la clínica tras finalizar su relación laboral con la misma.

El titular Dentista o la dirección de la Clínica serán responsables en su caso de velar por la confidencialidad, autenticidad, integridad y conservación de las mismas.

1. **ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.**
2. Acceso con fines asistenciales:

Podrán acceder los profesionales que tengan relación directa con la asistencia al paciente. Tanto los dentistas, como las higienistas o auxiliares de clínica e incluso el personal administrativo, aunque con un acceso limitado en función de:

* tipo de datos
* profesión

1. Acceso del paciente a su historia clínica:

El paciente tiene derecho a conocer en todo momento a la persona profesional de la salud responsable de su diagnóstico y tratamiento, así como a obtener la información disponible sobre su salud con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la misma e incluso que se respete su derecho a no recibir información.

También, recibirá del dentista, si así lo solicita, una vez finalizado el tratamiento, un informe clínico o certificado acreditativo del estado de salud de su boca, si así lo solicita.

Podrá, así mismo, obtener copia de los datos que figuran en la historia clínica, además de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a su historia clínica.

La información a la persona paciente 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.

Esta 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.

El titular del derecho a la información es la persona paciente o por representación debidamente acreditada . 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.

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.

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

La solicitud en los procedimientos previstos en este artículo será dirigida directamente a la persona responsable de la Clínica y se podrá formalizar especificando la información que se solicita y de qué tratamiento se trata.

La entrega se hará 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.

**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.**

1. Acceso y cesión con otras finalidades sanitarias

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.

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.

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.

1. Acceso por personal sanitario y cesión con finalidad distinta a la asistencial.

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.

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.

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.

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 desenvolverán en los plazos y conforme a las reglas operativas internas de las Instituciones concernidas.

1. Acceso por terceras personas con otras finalidades.

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.

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.

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.

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.

El acceso conforme a los procedimientos previstos en este artículo requerirá de la previa solicitud a la persona responsable de la clínica dental, de la que quedará constancia, así como de las entregas que procedan.

1. **MEDIDAS DE SEGURIDAD**

El Dentista titular o la dirección de la clínica serán responsables de la custodia de la custodia y archivo de las Historias Clínicas.

El lugar donde se encuentren los archivos 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.