



GUÍA PARA LA INFORMACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

**HOSPITAL "MORALES MESEGUER"
MURCIA**

INDICE

INTRODUCCIÓN.	3
I.- INFORMACIÓN ASISTENCIAL:	4
1. Características generales.	4
2. Planes de Información de Servicios Clínicos.....	4
3. Documentos de Información Clínica.	5
II.- INFORMACIÓN NO ASISTENCIAL:	5
1. Servicios y profesionales responsables.	5
2. Tiempos y lugares de información.	6
3. Planes de Información no asistencial:	7
• Plan de Acogida.	7
• Guía Informativa del Usuario.	8
• Protocolo de Información sobre Trámites Administrativos....	8
III.- CONSENTIMIENTO INFORMADO:	9
1. Definición y fundamentos éticos.	9
2. Fundamentos jurídicos.	10
3. Excepciones al Consentimiento Informado.	13
4. Uso del documento de Consentimiento Informado.	13
5. Recomendaciones para elaborar documentos de Consentimiento Informado.....	14
IV.- SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA POR USUARIOS EXTERNOS.	17

ANEXOS

ANEXO 1: Plan de Información de un Servicio Clínico (Medicina Interna).....	20
ANEXO 2: Hoja de Información a Pacientes de Planta	23
ANEXO 3: Hoja de Información a Pacientes de Consultas	24
ANEXO 4: Documento de Consentimiento Informado específico (Anestesia General).....	25
ANEXO 5: Hoja de Información al alta ("Consejos tras su intervención de vesícula").....	28
ANEXO 6: Informe de Enfermería al alta (estandarizado para intervención de fístula anal).....	31
ANEXO 7: Protocolo de Acogida (S.A.U).	33
ANEXO 8: Protocolo de Acogida (Enfermería).	36
ANEXO 9: Protocolo de Información sobre trámites administrativos (S. Admisión).	42
ANEXO 10: Formularios de solicitud de documentación clínica por usuarios externos.	45

INTRODUCCION

La presente guía, dirigida a los profesionales del Hospital “Morales Meseguer”, pretende servir de ayuda para desarrollar adecuadamente las actividades de información a nuestros clientes (pacientes y familiares). También tiene como objetivo marcar unas pautas generales que ayuden a definir los planes de información de los distintos Servicios y Unidades, en sus vertientes clínica asistencial y no asistencial (servicios hoteleros, trámites administrativos, etc.). Estos planes específicos deben ser elaborados por todos los Servicios Médicos asistenciales, pero también por las Unidades de Enfermería y otros Servicios no asistenciales que se ocupan del trato directo con pacientes y familiares, como son los de Admisión y Atención al Usuario.

La guía se ha estructurado en 4 capítulos y varios anexos. Los dos primeros tratan de la información asistencial y no asistencial. Dentro de la información asistencial, destaca el Consentimiento Informado (CI), al que se dedica el tercer capítulo, por su importancia creciente y sus implicaciones éticas y jurídicas, que a veces suscitan dudas de interpretación. En el último capítulo se expone el protocolo de nuestro centro para tramitar las solicitudes de documentación clínica por usuarios externos, que cada día son más numerosas y cuya tramitación debe hacerse de acuerdo a lo que marca la ley, para proteger los derechos de pacientes y profesionales. En los anexos finales se exponen ejemplos de planes documentados de información, uno de servicio clínico y otro de Admisión, junto a otros documentos informativos dirigidos a pacientes y los protocolos de Acogida del S.A.U. y Enfermería.

En la elaboración de este documento han participado el Comité Asistencial de Ética, el Servicio de Atención al Usuario y la Unidad de Calidad del hospital, además de otros profesionales del centro con aportación de sugerencias valiosas.

Unidad de Calidad
Diciembre de 2000.

I.- INFORMACIÓN ASISTENCIAL.

1. Características generales.

Los pacientes, y con su consentimiento los familiares más cercanos, tienen derecho a recibir información sobre el proceso clínico y el plan asistencial seguido, según dispone la Ley General de Sanidad (art. 10.5).

La información clínica debe ser:

- Dada por él(los) médico(s) encargado de su atención, debidamente identificado.
- Oral (No telefónica)
- Escrita (Informes: de Alta, de Consulta y otros que solicite el paciente)
- Con intimidad y confidencialidad (máximas posibles)
- Sobre procedimientos diagnósticos y terapéuticos (información matizada y cumplimentación del documento de Consentimiento Informado)
- Con periodicidad mínima diaria (en hospitalización) y tras cada procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- En la información asistencial se incluye la información de enfermería, referida a técnicas de administración de fármacos, cuidados específicos y educación sanitaria.

Cada Servicio / Unidad tendrá establecidos lugares y horarios de información médica en cada ámbito de actuación clínica, que deben ser conocidos por los pacientes y familiares. Para este fin, son de utilidad los documentos informativos específicos de cada Servicio y Unidad que se entregan a los pacientes a su llegada (Urgencias, Hospitalización, Consultas, etc.) y que además pueden incluir otra información que se considere útil para mejorar su bienestar y el funcionamiento de la Unidad.

2. Planes de Información de Servicios Clínicos.

Todos los Servicios Asistenciales deben tener documentado un plan de información a pacientes y familiares, que ha de ser redactado de forma consensuada y será conocido por todos los miembros del Servicio / Unidad.

El Plan de Información del Servicio debe definir las actividades informativas en cada una de las áreas de actuación clínica (Planta de Hospitalización, Consultas, Quirófano, Urgencias, Hospital de Día, etc.). De forma general y para cada área, debe incluir los siguientes puntos:

- Identificación de los profesionales
- Normas sobre acompañantes
- Lugar y horario de información definidos
- Médico(s) encargado de la información
- Periodos de información sistemática y tipo de información en cada uno

- Informes médicos y de enfermería (requisitos mínimos)
- Consentimiento Informado (entrega y cumplimentación del documento de CI)

En el Anexo 1 se muestra como ejemplo el Plan de Información de un Servicio Clínico.

3. Documentos de Información Clínica.

Para mejorar la información de pacientes y familiares, en lo referente al proceso asistencial, pueden ser de utilidad diversos documentos y notas informativas, dirigidas en general a pacientes y familiares, a excepción del Plan de Información del Servicio que está dirigido a los profesionales del mismo. Estos documentos informativos deben ser específicos del Servicio, área, proceso o procedimiento, según el caso, y entre ellos, podemos incluir los siguientes:

- Plan de Información del Servicio (Anexo 1)
- Hojas de Información para pacientes en:
 - Planta de Hospitalización (Anexo 2)
 - Consultas (Anexo 3)
 - En Urgencias
- Documentos de Consentimiento Informado (específicos para cada procedimiento de riesgo) (Anexo 4)
- Hojas de información al alta (específicas de cada proceso) (Anexo 5)
- Informes de Enfermería al alta (estandarizados según procesos) (Anexo 6)
- Hojas de información de vías clínicas (en procesos con vía)

En los anexos referidos se exponen ejemplos de documentos informativos que pueden servir como modelos para que cada Servicio desarrolle los suyos propios.

II.- INFORMACIÓN NO ASISTENCIAL.

Entendemos por información no asistencial la que no es estrictamente clínica sobre el proceso de enfermedad de los pacientes. Se refiere a toda la información dirigida a pacientes y familiares, que es necesaria para una utilización óptima de los servicios que ofrece el hospital.

1. Servicios y profesionales responsables.

Los Servicios que son responsables principales de suministrar la información no asistencial son:

- Servicio de Atención al Usuario.**- De él depende:
 - El personal de información (relaciones públicas) del hospital (puestos de entrada principal y Urgencias).
 - Protocolo de Acogida (información general sobre el hospital)
 - Distribución de al Guía Informativa del Usuario a todos los pacientes ingresados.
 - Distribución y análisis del cuestionario post-hospitalización (al alta).

- Recepción de sugerencias, solicitud de documentos, quejas y reclamaciones.
 - Información y tramitación sobre posibles ayudas o centros de asistencia en caso de problema social.
- B. **Servicio de Admisión**.- Se encarga de la información sobre trámites administrativos:
- Citas para consultas, exploraciones y cirugía programada
 - Partes de baja y justificantes
- C. **Unidades de Enfermería**.- Se encarga de:
- Protocolo de Acogida (información específica de la Unidad donde es atendido el paciente).
 - Toda la información no asistencial que requieran los pacientes y familiares durante su estancia en esa Unidad.
- D. **Todos los profesionales del centro** tienen la responsabilidad de atender, con amabilidad, las demandas de información no asistencial que les sean dirigidas, en lo referente a datos conocidos por ellos.

2. Tiempos y lugares de información.

A. PACIENTES INGRESADOS.-

1) **Información inicial:**

- Protocolo de Acogida del S.A.U..- En los ingresos por Urgencias se realiza por el personal del S.A.U. en el mismo S. de Urgencias y en ingresos programados por el personal de la Unidad de Información General del centro (en entrada principal). Incluye la entrega de la *Guía Informativa del Usuario del Hospital*.
- Protocolo de Acogida de Enfermería de Planta.- Se da información específica de esa Unidad, con la entrega de la *“Hoja Informativa de la Planta”*, y toda la información necesaria para la resolución de los problemas que pudieran plantearse.

2) **Durante su estancia:**

En el control de enfermería de planta se suministra la información no asistencial que sea demandada. En los casos de precisar servicios específicos se les indicará que acudan a las unidades correspondientes:

- Unidades de Admisión para citas, partes de baja y justificantes
- S.A.U. para sugerencias, quejas, reclamaciones o solicitud de ayuda social.

3) **Al Alta:**

- La Unidad de Enfermería de Planta informa sobre la tramitación de citas de consultas y pruebas, oxigenoterapia, traslado en ambulancia, etc., en caso que se precise.
- El S.A.U. entrega el cuestionario post-hospitalización para su cumplimentación y posterior envío a dicho servicio.

B. PACIENTES NO INGRESADOS.- (Atendidos en otras Unidades Hospitalarias: Urgencias, Consultas, Exploraciones y Hospital de Día):

- La Unidad de Enfermería de la Unidad informa de las normas de organización en la misma.
- El control de Admisión de esa Unidad se encarga de los trámites administrativos (citaciones, etc.)
- Para otro tipo de información o tramitaciones, se deben dirigir al S.A.U, (en el Servicio de Urgencias a la unidad de información específica de esta área y en el resto al mostrador de información de la entrada principal del hospital o a las dependencias del S.A.U. en la planta baja).

C. INFORMACIÓN TELEFÓNICA.-

La vía más adecuada para informar es la transmisión oral directa, previa identificación del interlocutor. La utilización del teléfono debe tener carácter excepcional, sobre todo en la información asistencial y sobre datos referidos a trabajadores del centro. En la información telefónica hay que tener en cuenta las siguientes **recomendaciones**:

- No dar información sobre el ingreso hospitalario de ninguna persona a interlocutores no oficiales (que no sean familiares directos debidamente identificados).
- No proporcionar datos personales sobre trabajadores del centro (domicilio, número de teléfono, turno de trabajo, etc.) sin el consentimiento de estos.
- En caso de demanda de información por parte de medios de comunicación, remitir al demandante a la Dirección del hospital o al Jefe de la Guardia si es en horario no habitual.
- Ante cualquier demanda de información telefónica de tipo general no asistencial, remitir al demandante a la Unidad de Información (la principal de entrada general del hospital o la de Urgencias, según los casos). En esta se seguirán las pautas del plan de información general del hospital (S.A.U.)

3. Planes de información no asistencial.

A. PLAN DE ACOGIDA. (Anexos 7 y 8).- Es un plan documentado, elaborado conjuntamente por el S.A.U. y Unidades de Enfermería, con la aprobación de la Dirección del centro, con las siguientes características:

- Su objetivo es ayudar a los pacientes a conocer la organización en la que van a ser atendidos.
- Es de aplicación para todos los pacientes que ingresan en el hospital (por Urgencias y programados).
- Se lleva a cabo por el personal de información dependiente del S.A.U. y personal de enfermería de las plantas de hospitalización.
- Se acompaña de la entrega al paciente de la Guía Informativa del Usuario del Hospital.
- Se evalúa su cumplimiento de forma periódica y los resultados se difunden a los profesionales implicados, para su mejora continua.

B. _____ IO. Es un folleto informativo

Plan de Acogida. Debe contener información

- Presentación del hospital y aspectos relevantes de hospitalización.
Servicio
- Descripción de los distintos Servicios Asistenciales (ubicación y cartera de servicios).
- citas, citas, citas, etc.) y documentación necesaria para realizarlos.
- biblioteca, etc.
Horarios de: comidas, visitas, transportes, servicios religiosos, etc.
-

PROTOCOLO DE INFORMACI

ADMINISTRATIVOS.

- Es un plan elaborado por el Servicio

Servicio y también a otros encargados de informar a los pacientes y familiares, que expone los lugar

realizar los trámites burocráticos más frecuentes, como son:

Citaciones para consultas y pruebas

-

- Justificantes para la empresa

Solicitud de informes y otros documentos.

III.- CONSENTIMIENTO INFORMADO.

1. Definición y fundamentos éticos.

Definición de consentimiento informado

En 1984, el "Manual de Ética" del Colegio de Médicos Americano definía el proceso del CI como:

"Explicación de la naturaleza de la enfermedad y del balance entre los efectos de la enfermedad y de los riesgos-beneficios de los procedimientos médicos recomendados, en forma comprensible y no sesgada, a un paciente atento y mentalmente competente, junto a la solicitud de la aprobación para ser sometido a estos procedimientos, sin coerción y sin sacar partido de la dominancia psicológica por parte del sanitario."

Formulaciones posibles del contenido de los principios de bioética

NIVEL 1

Principio de no maleficencia

Debes tratar a todas las personas con la misma consideración y respeto en el orden biológico.

Debes no hacer daño.

No seas ignorante, imperito, imprudente o negligente.

Principio de justicia

Debes tratar a todas las personas con la misma consideración y respeto en el orden social.

No discrimines a las personas por razón de raza, etnia, sexo, profesión, opinión, religión, procedencia, orientación sexual o poder económico.

NIVEL 2

Principio de autonomía

Debes respetar la capacidad de las personas de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción.

No debes coartar la libertad moral de los individuos

Debes realizar tu vida de un modo responsable y responder ante tu propia conciencia de tu particular proyecto de vida

Principio de beneficencia

Haz el bien al otro.

Procura la mayor felicidad posible al otro.

Procura que los otros realicen su propio proyecto de vida.

Compórtate excelentemente.

Fundamentación ética de la teoría del consentimiento informado

Los profesionales como las organizaciones sanitarias tienen la obligación de obtener

- 1) **Consentimiento informado de nivel 1:** Obtener el CI1 es una obligación exigible por Ley. Obtener el CI1 implica, por tanto, que el médico informe a sus pacientes adecuadamente según los criterios legales establecidos, les ofrezca alternativas, les sugiera la que médicamente es la más adecuada y les permita elegir libremente y, por tanto, autorizar, la que, a su juicio, sea la mejor para ellos, dejando todo ello consignado en la historia clínica o en el formulario escrito.

Las organizaciones sanitarias deben funcionar teniendo en cuenta esta obligación y deben organizarse de tal forma que garanticen a sus usuarios el ejercicio de sus libertades y derechos básicos, uno de los cuales es el consentimiento informado.

- 2) **Consentimiento informado de nivel 2:** Tiene que ver con el establecimiento, por parte de los sanitarios, de un modelo de relación que maximice la participación activa de los pacientes en el proceso de toma de decisiones, que favorezca la comunicación, la expresión libre de los miedos y deseos; la evaluación conjunta de las alternativas y la elección de aquella que el paciente entienda como más ajustada a su propia escala de valores y a su propio proyecto de vida. Si el profesional no lleva a cabo el CI2, no se podrán exigir responsabilidades legales, aunque sí morales y deontológicas. De tal profesional podremos entonces decir que proporciona a sus relaciones sanitarias un contenido moral muy pobre y que su comportamiento no es excelente.

Las organizaciones sanitarias también tienen la obligación de nivel 2 de favorecer un CI2, mediante su promoción, estableciendo estructuras adecuadas y posibilidades de formación de sus profesionales en técnicas de comunicación y apoyo emocional para pacientes y familiares.

2. Fundamentos jurídicos.

A.- Reglas del consentimiento informado de nivel 1
(derivadas del principio de no maleficencia)

(Los contenidos mínimos exigidos por Ley.)

1. **El paciente sólo puede consentir a tratamientos indicados**, realizados conforme a la *lex artis ad hoc*.
2. **La obtención del CI es una obligación del sanitario** que va a realizar el procedimiento, forma parte de la *lex artis ad hoc* y **no se puede delegar**.
3. **El CI debe ser expreso**. No son válidos jurídicamente los CI presuntos (no hay que asumir que el paciente acepta todo por el mero hecho de aceptar el ingreso, por ejemplo).
4. **El CI debe solicitarse previamente a la realización del procedimiento**.
5. El paciente es quién debe emitir el CI. **El CI no puede sustituirse**, salvo en situaciones de excepcionalidad, como es la incapacidad del paciente para darlo.

Para que el CI sea considerado jurídicamente válido debe garantizarse los siguiente **elementos normativos:**

6.1. _____: una decisión es sustancialmente autónoma cuando está libre de influencias externas significativas. Existen tres formas de influir en una decisión:

6 **Capacidad:** el profesional sanitario debe asegurarse de que el paciente es competente para dar el CI

6.2.1 Todo paciente es, en principio y mientras no se demuestre lo contrario, capaz para tomar decisiones.

6.2.2 La capacidad de un paciente **no** necesariamente permanece **estable** a lo largo del tiempo, sino que puede variar en horas, días semanas, etc.

6.2.3 La evaluación de la capacidad sólo puede utilizar **criterios procedimentales** (*¿cómo ha tomado la decisión el paciente?*) y no materiales (*¿qué decisión ha tomado el paciente?*)

6.2.4 La evaluación de la capacidad cumple los criterios de **“escala móvil”**, es decir, no existe un punto fijo por debajo del cual el paciente es incapaz y por encima es capaz sino que, dicho punto, se mueve en una escala hacia abajo (menor capacidad exigible) o hacia arriba (mayor capacidad exigible) dependiendo del tipo de decisión que el paciente tenga que tomar. De esta manera se han establecido **tres niveles de exigencia de capacidad:**

- **Nivel 1:** El profesional sanitario exigirá un mínimo de capacidad (consciencia y asentimiento) para consentir intervenciones de elevado beneficio y bajo riesgo (por ejemplo ser operado de apendicitis aguda o ser transfundido en situaciones de hipovolemia severa) y rechazar intervenciones de mínimo beneficio y alto riesgo (por ejemplo intervenciones experimentales en fase I)
- **Nivel 2:** El profesional sanitario exigirá una capacidad de tipo medio (comprensión y decisión) en aquellas decisiones tanto de consentimiento o de rechazo de intervenciones cuyo balance riesgo/beneficio no es claro o por que tienen que ver con procesos de tratamiento, diagnóstico o pronóstico dudoso. Es un ejemplo típico las decisiones que deben tomarse para consentir o rechazar tratamientos quimio o radioterápicos de algunos tumores de no buen pronóstico.
- **Nivel 3:** Los profesionales sanitarios deben exigir máxima capacidad (apreciación de la realidad y decisión racional) para rechazar intervenciones médicas de alto beneficio y bajo riesgo.

6.2.5 **Protocolo para la evaluación de la capacidad** El paciente debe cumplir cinco pasos para poder hablar de una decisión racional:

- El paciente se da cuenta de que tiene que tomar una decisión
- El paciente identifica, reconoce y evalúa las distintas alternativas
- El paciente sopesa los pros y los contras de cada alternativa
- El paciente delibera acerca de la decisión
- El paciente toma una decisión finalmente

6.2.6. Todo profesional sanitario debe asegurarse que su paciente es capaz de participar adecuadamente en el proceso de toma de decisiones. La responsabilidad de la determinación de la capacidad es responsabilidad suya y no puede ser delegada aunque sí compartida

6.3. **Información:**

6.3.1. **Cantidad de información:**

6.3.1.1. **Diagnóstico y pronóstico** de la enfermedad

6.3.1.2. **Naturaleza y objetivos**

- Informar de las **consecuencias seguras** de realizar los procedimientos (una cicatriz, la pérdida de una extremidad etc.) así como de las consecuencias de no llevarlos a cabo.
- Informar de los **riesgos típicos** de los procedimientos: aquéllos frecuentes aunque no graves y de aquéllos que siendo poco frecuentes son de extrema gravedad (muerte, ceguera, hemiplejía, pérdida de actividad sexual o alteraciones físicas o funcionales importantes). No hay obligación, en principio, de informar de los **riesgos atípicos** (poco frecuentes y no significativos).
- Informar de los **riesgos personalizados:** aquellos que adquieren relevancia por las peculiaridades físicas, psicológicas, profesionales o sociales del paciente.

6.3.1.3. El profesional sanitario tiene la obligación de ofrecer al paciente su **criterio valorativo** acerca de cuál le parece la propuesta más correcta, en función del balance riesgo/beneficio.

6.3.1.4. El paciente tiene derecho a que el profesional sanitario le **amplíe** la **información** cuanto sea necesario.

6.3.1.5. El paciente tiene **derecho a no recibir información** si así lo desea (consentimiento ignorante).

6.3.2. **Calidad de la información:**

6.3.2.1. **Lenguaje adecuado:**

6.3.2.2. **Estándar de la información:** El profesional sanitario debe comunicar la información siguiendo los criterios de *médico y persona razonable* y el criterio *subjetivo*: Un médico que realizara un adecuado procedimiento de consentimiento informado sería aquel capaz, tanto de valorar con ecuanimidad las necesidades informativas de un ciudadano medio ante un determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico (*criterio de persona razonable*), como de tener en cuenta y revelar de manera comprensible los riesgos seguros y típicos según el estado actual de los conocimientos (*criterio de médico razonable*) así como los riesgos personalizados o aquellos que pueden ser importantes para este paciente determinado teniendo en cuenta sus características psicológicas, profesionales o sociales particulares (criterio subjetivo).

6.4. **Registro:**

6.4.1. El formulario de consentimiento informado, desde **el punto de vista legal**, es la prueba de que el consentimiento informado fue obtenido.

6.4.2. El formulario de consentimiento informado debe verse, desde el **punto de vista ético**, como un instrumento al servicio de la relación médico - paciente, como un apoyo a la información oral.

6.4.3. Un formulario de consentimiento informado firmado por el paciente es una buena prueba de que el consentimiento se realizó, pero **no** proporciona seguridad e **inmunidad** absoluta. Puede, por ejemplo, criticarse el formulario, tanto en su contenido como en su legibilidad, o alegarse que el paciente apenas tuvo tiempo de leerlo, o que no lo entendió, y el paciente puede demostrar de alguna forma todo lo anterior.

6.4.4. El formulario de consentimiento informado **no puede** nunca **sustituir el proceso de consentimiento informado** que siempre será un proceso oral, basado en el diálogo y llevado a cabo mediante una conversación.

6.4.5. Es una buena práctica, complementaria de la obligación del formulario, **escribir en la historia clínica** cómo se desarrolló la conversación, reseñando las dudas, las preguntas y las decisiones conjuntas que se han tomado.

- 7 El sanitario debe **respetar los límites que el paciente haya establecido** al emitir su consentimiento.
- 8 **El paciente tiene derecho a retirar su consentimiento** en cualquier momento sin que tenga consecuencias negativas para él. El profesional sanitario debe asegurarse que el paciente sabe que tiene derecho a retirar su consentimiento.
- 9 Los profesionales sanitarios deben **explicar la naturaleza y objetivos del proceso de consentimiento informado**: se trata de que el paciente entienda que está autorizando o rechazando un procedimiento diagnóstico o terapéutico sobre el que se le comunica una serie de informaciones sencillas para que las comprenda.

B.- Mandatos de consentimiento informado de nivel 2
(derivados del principio de beneficencia)

(Contenidos no exigibles por Ley, pero recomendables)

1. **El profesional sanitario debe promover que el paciente tome decisiones autónomas.**
 - 1.1. El profesional sanitario debe entablar con sus pacientes un tipo de relación sanitaria que promueva al máximo su participación activa en el proceso de toma de decisiones
 - 1.1.1. **Facilitar al paciente la comunicación** libre de sus sentimientos, valores, preferencias y deseos, de sus dudas, angustias, miedos y necesidades.
 - 1.1.2. **Procurar que el paciente acepte la información**, invitándole a no emitir un consentimiento ignorante
 - 1.1.3. Manifestar una **actitud continua de transparencia** ante el paciente de tal manera que perciba la disposición permanente a facilitarle o clarificarle información cuando lo precise.
 - 1.1.4. Dar al paciente **tiempo suficiente** para meditar y tomar la decisión.
 - 1.1.5. Ayudar al paciente a **escoger la mejor decisión para él**: tratar de persuadir al paciente de que escoja aquella decisión que pueda maximizar su bienestar, teniendo en cuenta su contexto biográfico particular, su escala de valores, su proyecto personal de felicidad y la cantidad y calidad de vida resultante.
 - 1.2. Los profesionales sanitarios deben **potenciar** al máximo **la confianza mutua**
 - 1.3. Los profesionales sanitarios deben potenciar la **colaboración** mutua entre ellos para maximizar las decisiones autónomas del paciente.
2. Los profesionales sanitarios deben **promover las decisiones autónomas de los representantes de los pacientes incapaces.**

3. Excepciones al Consentimiento Informado.

1. **Grave peligro para la salud pública**
2. **Urgencia vital**
3. **Incapacidad del paciente para consentir**
4. **Rechazo de la información por parte del paciente**
5. **Privilegio terapéutico**
6. **Mandato judicial**

4. Uso del documento de Consentimiento Informado.

Protocolo para la utilización de formularios de consentimiento informado en la práctica asistencial

Los hospitales modernos, son estructuras complejas donde trabajan interrelacionándose diversos profesionales sanitarios (médicos de distintas especialidades, enfermería etc.). Es frecuente que, en este contexto, surjan dudas sobre quién debe dar la información, el médico que indica la prueba, el médico que la realiza, la enfermería, o quién es el profesional responsable de asegurarse que el documento de consentimiento ha sido firmado. El objetivo de este protocolo es recomendar unas pautas de actuación en estas condiciones:

El consentimiento como proceso asistencial

1. El consentimiento informado es un proceso a través del cual se comunica una determinada información al paciente con el fin de que participe activamente en la toma de decisiones.
2. Entendido como proceso, todos los profesionales sanitarios implicados en el cuidado del paciente pueden colaborar para que dicho proceso conduzca a que el paciente tome la decisión más adecuada.

El personal de enfermería

3. El *personal de enfermería* es fundamental en este proceso de información y puede colaborar eficazmente, por ejemplo, respondiendo a las dudas del paciente o traduciendo las palabras del médico ya que, frecuentemente, la relación enfermería - paciente es más estrecha y de más confianza que la de médico - paciente.
4. El personal de enfermería puede colaborar pero no puede ni debe ser el responsable directo de que el proceso se lleve a cabo adecuadamente. Esta labor es del médico que va a realizar el procedimiento.

El formulario de consentimiento

5. El formulario de consentimiento informado puede ser entregado al inicio del proceso o al final del mismo, idealmente, por el médico que va a realizar el procedimiento.
6. Cuando el médico que indica el procedimiento es distinto del que va a realizarlo el documento debe ser entregado por el médico que indica el procedimiento iniciando el proceso de información en ese momento. Esto es lógico puesto que es el médico que indica la prueba (endoscopia, radiología con contraste, biopsia, etc.) el que debe justificar su realización al paciente, tras realizar un correcto balance riesgo/beneficio.
7. El médico que va a realizar el procedimiento, aunque no sea el que lo ha indicado, debe concluir el proceso de información y asegurarse de que el paciente ha leído y ha firmado el documento de consentimiento informado.
8. Es recomendable que el momento en que se pide la firma al paciente, se lleva a cabo, no inmediatamente antes de la realización de la prueba, sino dejando tiempo suficiente para que el paciente pueda recapacitar.

5. Recomendaciones para elaborar documentos de Consentimiento Informado.

1. **La responsabilidad de la redacción de los formularios de consentimiento es de los profesionales que realicen habitualmente los procedimientos** diagnósticos y terapéuticos. El Comité Asistencial de ética puede colaborar con ellos ayudándoles a revisar el documento, tanto desde el punto de vista del respeto a los criterios de información como sobre la presentación y redacción.
2. El formulario de consentimiento informado debe constar de dos partes: una dedicada a la información y otra administrativa.

3. La parte informativa: pasos para su redacción:

3.1. Revisar los datos conocidos más importantes sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico sobre el que versará el formulario escrito de consentimiento informado. Dado que, habitualmente, los formularios se redactan Para técnicas que ya se están realizando en el propio centro es importante recopilar información sobre la propia experiencia (cómo lo hacemos, cuáles son os efectos secundarios que con más frecuencia nos suceden a nosotros, etc.)

3.2. Recoger información sobre las siguientes áreas:

- **Objetivos** del procedimiento. Para qué sirve.
- **Forma en la que se realiza:** en qué consiste.
- **Beneficios esperados.**
- **Molestias, riesgos y efectos secundarios posibles**, incluidos los derivados de no hacer el procedimiento:
 - **Consecuencias seguras** derivadas de la realización del procedimiento
 - **Riesgos típicos:** los inherentes al procedimiento, tanto los muy frecuentes aunque sean poco graves, como los menos frecuentes, aunque sean muy graves.
 - **Riesgos personalizados** o derivados de la propia condición patológica del sujeto.
- **Alternativas posibles**, incluida la de no efectuar la técnica, con sus problemas y explicación breve del motivo que induce al sanitario a escoger este procedimiento y no él o los alternativos.
- Disponibilidad para ampliar toda la información que sea necesaria si el paciente lo pide:

“Si desea usted más información que la que aquí se recoge, no dude en pedirla. Le atenderemos gustosamente y le haremos todo tipo de aclaraciones. No es ninguna molestia para nosotros.”

- **Libertad total del paciente para retirar el consentimiento** cuando lo desee:

“La firma de este documento no le compromete a usted a nada de forma definitiva. Es usted totalmente libre de retirar su consentimiento en cualquier momento. No necesitará dar ninguna explicación al personal sanitario de sus motivos para ello.”

3.3. Hacer un primer borrador del documento: sentarse y escribir pensando en el vecino de la escalera.

- Organizar los contenidos por epígrafes, ya que ello ayuda al redactor y al lector
- Escribir con frases cortas:
 - No usar, en lo posible, frases compuestas. Sobre todo evitar las oraciones subordinadas.
 - Usar el punto y aparte para separar frases; evitar el punto y coma.
- Escribir con palabras sencillas
 - Evitar en lo posible el uso de tecnicismos. Es mejor emplear explicaciones simples y populares, aunque ello pueda alargar el texto.
 - Evitar expresiones probabilísticas numéricas. Es mejor explicarlas con palabras y frases del tipo “ de cada cien sujetos a los que se hace esto, a dos se les puede presentar este problema”
- Si es posible, incluir dibujos.
- Propiciar una estructura iconográfica atractiva: utilizar varios tipos y tamaños de letra, cajas de texto, símbolos, sombrados, negritas, subrayados, columnas, etc. El texto se vuelve visualmente más atractivo y, posiblemente, ello aumente la comprensión del mismo.
- En condiciones ideales, la parte informativa de un formulario no debería ocupar más de una carilla y media de folio y estar escrita con un tamaño de letra no menor de 12. La otra media carilla podría reservarse para la parte de declaraciones y firmas.

3.4. Evaluar la legibilidad del texto pidiendo a jueces que lo analicen: los compañeros de servicio, el personal de enfermería, los pacientes o personas sanas.

4. La parte administrativa: destinado al registro de las declaraciones y firmas. Debería constar, al menos:

- 4.1. **Nombre completo del paciente** y declaración de que ha leído y comprendido todo lo anterior y de que se le han proporcionado las explicaciones complementarias necesarias. Debe constar, así mismo, una expresión explícita de su consentimiento o rechazo voluntario para que se le realice la técnica y, finalmente, su firma.
- 4.2. **Nombre completo del médico** al que se autoriza; declaración de haber informado convenientemente al paciente y, finalmente, su firma.
- 4.3. Tutores legales, familiares o allegados: explicitación de que el enfermo ha sido considerado incompetente o incapaz de hecho para tomar decisiones; nombre completo del tutor, familiar o allegado; declaración de que ha sido informado correctamente y de su consentimiento o rechazo y, finalmente, su firma.
- 4.4. Opcionalmente puede incluirse un lugar para la firma de un testigo, que debe consignar su nombre completo, declaración de fe y firma.
5. Una vez tengamos el texto definitivo, **remitirlo al Comité Asistencial de Ética** para que lo valore. El comité se asegurará.
 - Que se han consignado todos los tipos de contenido antes reseñados
 - Valorará su legibilidad y presentación
 - No es función del comité enjuiciar los contenidos materiales del formulario
6. **Redactar y maquetar el texto final**. En el papel del documento debe aparecer claramente visible, el membrete del hospital y el servicio o unidad que lo ha redactado.

IV.- SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA POR USUARIOS EXTERNOS.

A. Normas generales del Servicio de Documentación clínica.

1.- Todas las peticiones de documentación contenidas en la Historia Clínica deberán seguir el presente protocolo, para **preservar la confidencialidad** de los datos clínicos del usuario, según dispone la Ley General de Sanidad (art. 10.3) y para **facilitar el acceso del interesado a su Historia Clínica** o parte de la misma, de acuerdo al Real Decreto 63/95 de 10 de Enero.

2.- Todas las peticiones de usuarios externos al hospital **serán canalizadas a través del Servicio de Atención al Usuario (SAU)**, ya que el Servicio de Documentación Clínica debe tener un acceso restringido, por manejar datos confidenciales.

3.- La persona del SAU que reciba la solicitud de documentación, (Anexo 10-I), **la pasará al Servicio de Documentación Clínica**, que valorará el tipo de documentos que se pueden copiar y procederá a preparar dicha documentación. Una vez preparada será trasladada de nuevo al SAU, donde la recogerá el paciente. Si el solicitante ha fallecido, la recoge el cónyuge o familiar más allegado, o se envía al domicilio del fallecido.

4.- En el caso de que sea **un tercero el que solicita la información** en nombre del paciente, se cumplimentarán todos los términos del formulario II (Anexo 10-II).

5.- El Servicio de Documentación Clínica no podrá facilitar ningún tipo de información que no lleve el visto bueno de uno de los facultativos de ese Servicio.

6.- Cuando **no se puedan efectuar copias de los documentos solicitados** y se crea conveniente su entrega al paciente, se entregarán los originales y se rellenará el formulario III (Anexo 10-III), por el que el paciente se compromete a la devolución de los mismos en el plazo más breve posible.

7.- El Servicio de Documentación Clínica guardará las peticiones de documentos, sin perjuicio de que el SAU conserve una copia de dichas peticiones.

8.- Las peticiones de documentación que se realicen **a través de la Gerencia o Dirección Médica, procedentes de la Administración de Justicia, Inspección Médica**, etc., serán trasladadas directamente al Servicio de Documentación Clínica, que las devolverá, una vez tramitadas, a la Dirección que las haya solicitado. En el caso de determinadas peticiones de la Administración de Justicia, se puede requerir asesoría jurídica, siendo en última instancia la Gerencia del centro la que decida la actuación a seguir.

9.- **Nunca se facilitará documentación clínica a las Entidades de Seguros Privados** u otras entidades o personas que no sean el propio interesado y que no estén legitimadas.

10.- Se pone en conocimiento de **todos los facultativos** del centro, que cualquier **entrega de documentación clínica a los pacientes** (con la excepción lógica del Informe de Alta y el Informe de Consulta Externa), se deberá **tramitar a través del SAU**, siguiendo el presente protocolo.

B. Procedimiento de tramitación de solicitudes.

1.- Los pacientes solicitarán la documentación clínica de su Historia, en el SAU, cumplimentando el formulario I (Anexo 10-I) (original y 1 copia que quedará al final en la Historia del paciente).

2.- En el caso de que no sea el propio paciente quien la solicite, además de cumplimentar el formulario I, se le entregará a la persona solicitante el formulario II (Anexo 10-II) para que lo traiga **cumplimentado en todos sus términos por el propio paciente**. Si no se hace de esta manera, el Servicio de Documentación Clínica no podrá facilitar ningún tipo de documento.

3.- Una vez recibida la solicitud, se le indicará que el **plazo de entrega, para los documentos ya elaborados que están presentes en la Historia, es de una semana**.

4.- En el caso de que en la Historia Clínica **no se encuentre el Informe** y este tenga que ser elaborado por el facultativo correspondiente, **el plazo será el más corto posible**. No obstante se valorarán en cada caso las situaciones que se puedan dar. En estos casos se aconsejará al paciente que llame por teléfono en el plazo indicado para asegurarse que la documentación está preparada y evitar desplazamientos innecesarios. Por lo mismo es importante que **el SAU recoja algún teléfono de contacto del paciente**.

5.- Cuando se trate de **peticiones de originales** (pruebas radiológicas, etc.), a la entrega de los mismos, la persona que los recoge deberá firmar el formulario III (Anexo 10-III), en el que el paciente se compromete a devolver los citados originales en el plazo más breve posible. De este formulario se sacarán 3 ejemplares: 1 original con 1 copia quedarán en el SAU y 1 copia en la Historia Clínica. Cuando el paciente devuelva los originales, en el SAU, tras comprobar que se devuelve lo mismo que se entregó, se le dará el original del formulario III que firmó o se destruirá en su presencia. En la copia que queda en el SAU se anotará la fecha de recepción. La copia que queda en la Historia será destruida tras reintegrar a la misma los originales devueltos.

6.- Todos los días, al final de la mañana, el SAU llevará a Documentación Clínica todos los formularios I que haya tramitado ese día. El personal de Archivo y Documentación, con carácter rotatorio, se encargará de recogerlos y anotará la fecha en que son recibidos. Posteriormente, se valorarán las peticiones junto con una de las Documentalistas, que autorizará la salida de dicha documentación. Durante las 24 horas siguientes, se prepararán las copias que se hayan solicitado, o bien se remitirán las solicitudes a los Servicios respectivos, en el caso de que la documentación se tenga que elaborar. Una vez que se tenga la documentación, al final de la mañana o a primera hora del día siguiente, se llevará

al SAU, anotándose en el formulario I la fecha en que se recibe y la persona que lo hace. Se dejará una copia del formulario I en la Historia del paciente. En caso de que alguna documentación no pudiera estar preparada en el plazo previsto, el SAU llamará al paciente por teléfono para evitarle un viaje innecesario.

7.- Cuando el paciente se lleve toda la documentación, firmará al final del formulario la diligencia de recepción.

8.- En el caso del formulario II, al mismo se le acompañarán las fotocopias del DNI del paciente y de la persona autorizada. Previamente se habrán comprobado las firmas de los DNI con las que figuren en el formulario. Ante cualquier duda, y antes de entregar ninguna documentación, se debe consultar el caso con alguna de las Documentalistas, para evitar en lo posible problemas legales.

SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

ANEXO 1

INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

HOSPITAL “MORALES MESEGUER”. MURCIA

Los pacientes, y con su consentimiento los familiares y acompañantes, atendidos en el Servicio de Medicina Interna tienen derecho a recibir información sobre el proceso clínico y el plan asistencial seguido, tanto en Planta de Hospitalización como en Consulta Externa. Esta información se complementa con otra no asistencial.

La información clínica debe ser:

- Del(los) médico(s) encargado de su atención debidamente identificado.
- Oral (No telefónica)
- Escrita (Informes: de Alta, de Consulta, otros que solicite el paciente)
- Con intimidad y confidencialidad (máximas posibles)
- Sobre procedimientos diagnósticos y terapéuticos (información matizada y cumplimentación del documento de Consentimiento Informado)

I.- PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN.

Los pacientes ingresados en las plantas de Medicina Interna pueden estar acompañados por 1 familiar durante las 24 horas del día y, durante el horario de visitas por 2 como máximo de forma simultánea.

Todos los profesionales de la Unidad deben identificarse adecuadamente (nombre y grupo profesional), tanto por rotulación claramente legible en su indumentaria de trabajo, como por la presentación personal que deben hacer en el primer contacto con el paciente.

En el ingreso del paciente, dentro del Protocolo de Acogida, se le entrega una Hoja Informativa, donde se especifica, entre otros datos, los nombres de los médicos y supervisor(a) adscritos a esa Planta y la forma en que se realiza la información clínica sistemática con las características siguientes:

1. Horario:

Durante el turno de mañana y tras la visita médica (horario variable de 8 a 15 h)

2. Lugar:

En la habitación del enfermo (aprovechando el momento de la visita) o en el Despacho de Información Médica (si se requiere mayor confidencialidad).

3. Periodos:

Siempre en los siguientes:

- Inicial (1º día)
- Diaria (excepto festivos)
- Final (al Alta)
- Esporádica (en atenciones de urgencia, y cuando proceda, en cualquier horario)

INFORMACIÓN INICIAL: Se realiza tras la primera valoración médica en Planta y debe incluir:

- **Nombre del médico y del Servicio** en que está ingresado.
- Impresión general sobre su problema
- Exploraciones y tratamientos previstos
- Gravedad
- Tiempo de estancia aproximado previsto

INFORMACIÓN DIARIA: Se realiza aprovechando el momento de la visita o tras esta, para comentar:

- Estado evolutivo del paciente y del estudio diagnóstico
- Tiempo aproximado de estancia
- Planificar el alta (solución de problemas previos)

INFORMACIÓN FINAL: Se realiza en el momento del Alta, mediante **entrevista personal del médico** encargado del paciente, con:

- Entrega del Informe de Alta (debe hacerlo el médico, salvo circunstancias excepcionales).
- Comentar: Diagnóstico, Tratamiento, Revisiones y Perspectivas futuras.

II.- CONSULTA EXTERNA.

En cada visita del paciente a Consulta Externa, se le dará información clínica de su proceso, que debe incluir:

- Nombre del médico (En la primera visita)
- Informe de Consulta Externa (con copia para su Médico de Atención Primaria), en el que han de constar como mínimo:
 - Juicio Diagnóstico
 - Tratamiento (Fármacos, dosis y tiempo de tratamiento)
 - Si precisa nueva revisión
 - Nombre, firma, N^o Colegiado y Fecha.
- Comentarios sobre el problema motivo de consulta
- Consentimiento Informado (en caso de exploraciones o tratamientos de riesgo)

III.- Consentimiento Informado.

El Consentimiento Informado (CI) es un proceso mediante el cual el médico hace partícipe a su paciente de la información necesaria para tomar las decisiones clínicas trascendentes de forma cooperativa. Para los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de riesgo significativo la Ley General de Sanidad exige una prueba documental de que se ha realizado el CI. En estos casos se entrega al paciente y familiares el documento de CI específico del procedimiento diagnóstico o terapéutico requerido. Para su cumplimentación deben tenerse en cuenta las indicaciones de la “Guía para la Información y el Consentimiento Informado” del Comité de Ética Asistencial, y entre ellas las siguientes:

- Se entrega al paciente y familiares en el momento de la indicación del procedimiento, por el médico que indica la prueba o tratamiento
- La entrega del documento debe acompañarse siempre de información verbal resumida y matizada sobre su contenido (riesgo/beneficio del procedimiento y alternativas)
- Debe ser firmado por el paciente (o familiar si el enfermo es incompetente) y por el médico que realiza el procedimiento.

IV.- Información no asistencial.

Se realiza, inicialmente dentro del Protocolo de Acogida y durante toda la estancia, por parte del personal de Información (dependiente del Servicio de Atención al Usuario) y personal de Enfermería y Administrativo del Servicio (Plantas y Consulta). Esta información incluye:

- Guía Informativa del Usuario del Hospital "Morales Meseguer", que incluye los derechos y deberes de los pacientes (se entrega a su Ingreso)
- Hoja Informativa de la Planta de Medicina Interna (a su llegada a Planta)
- Cuestionario Post-Hospitalización (al Alta)
- Tramitación de partes de baja y otros documentos que se precisen
- Tramitación de citas para exploraciones y consultas externas
- Recepción de sugerencias, quejas y reclamaciones
- Posibilidades de ayudas o Centros de Asistencia, en caso de problema social.

Murcia, octubre de 1999.

ANEXO 2

INFORMACIÓN DE PLANTA

Del Servicio de Medicina Interna

BIENVENIDO.

SE ENCUENTRA USTED en la Unidad de Medicina Interna: **5ª PLANTA**

MÉDICOS INTERNISTAS:

- Dr. José Antonio Andreo Martínez
- Dr. Antonio Alemán Lorenzo
- Dra. Matilde Barrio Valencia
- Dr. Luis Pretel Serrano
- Dra. Rosa María Ramos Guevara
- Dr. Miguel Torralba Saura
- Médicos Residentes.

MÉDICOS REUMATOLOGOS:

- Dr. José Gálvez Muñoz
 - Dra. Ana Climent Albadalejo
 - Dra. Encarnación Sáiz Cuenca
- ### MÉDICOS ENDOCRINOLOGOS:
- Dra. Marisol Alcaraz Tafalla
 - Dra. Fátima Illán Gómez

SUPERVISORA DE ENFERMERÍA

- Conchi de la Hera Fontcuberta

PERSONAL DE ENFERMERÍA

- Enfermeras/os
- Auxiliares de Enfermería

NORMAS GENERALES:

- Ante cualquier necesidad llamen siempre al timbre
- No permanezcan en los pasillos
- En la habitación no debe haber más de 1 acompañante por paciente, salvo en horario de visitas en que podrán estar de forma simultánea 2 personas como máximo por paciente.
- El enfermo no debe llevar: anillos, pulseras, etc., que puedan dificultar sus cuidados
- **Ante cualquier duda o problema, consulte** al personal de Enfermería del turno correspondiente o a la Supervisora de la Unidad.

VISITA MÉDICA:

Cada enfermo tiene asignado un médico responsable, con el cual colaboran otros médicos, además de enfermeras, auxiliares y resto de personal. La visita médica será diaria (excepto domingos) y cuando lo precise el enfermo por razón de urgencia. Durante la visita médica:

- Solo permanecerá un acompañante por cada enfermo
- Estarán en sus habitaciones con la puerta cerrada

INFORMACIÓN MÉDICA: Se dará diariamente por el médico al terminar de visitar al enfermo, durante el turno de mañana (horario variable de 9 a 14 h), en la propia habitación del paciente o en el Despacho de Información Médica si se considera necesario.

HORARIO DE COMIDAS:

- Desayuno: 8:30 a 9
- Comida: 13 a 13:30
- Merienda: 16:30 a 17
- Cena: 20 a 20:30

HORARIO DE VISITAS:

- De lunes a viernes: 15:30 a 21 h
- Sábados y festivos: 15 a 21:30 h

LLAMADAS TELEFÓNICAS: Para llamar a la habitación desde fuera, marque el 968-232434 e indique el número de habitación con la que desea comunicar.

PARTES DE BAJA y JUSTIFICANTES PARA LA EMPRESA: Para su tramitación deben dirigirse a la Secretaría de Medicina Interna, situada en la 6ª Planta Derecha (Edificio B de Consultas). Las secretarías (Srtas. Mª José y Rosa) les entregarán los documentos correspondientes que deberá firmar el médico.

Para más información pueden consultar la Guía Informativa del Usuario del Hospital

Con su colaboración, podremos conseguir el orden y bienestar en la Unidad y con ello el **mayor beneficio para los enfermos**. Gracias.

Un saludo.

Jefe de Sección
Dr. José Antonio Andreo Martínez

Supervisora de 5ª Planta
Conchi de la Hera Fontcuberta

ANEXO 3

INFORMACIÓN DE CONSULTAS

Del Servicio de Medicina Interna

BIENVENIDO.

USTED VA A SER ATENDIDO EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

(Situada en la Planta 6º Derecha del Edificio B de Consultas)

NORMAS GENERALES:

- Usted debe estar previamente citado
- Cuando llegue a la Consulta:
 - Comunique su llegada a la enfermera de Consulta
 - Permanezca en la Sala de Espera que se le indique hasta que se le llame para atenderle
- Se le atenderá por el orden horario en que se le citó y no por el orden de llegada a la Consulta.
Se intentará cumplir el horario de la cita. En raras ocasiones, por circunstancias difíciles de prever (algunos enfermos por su complejidad o gravedad no pueden esperar o precisan mayor tiempo de atención), puede producirse alguna demora en el horario previsto, que procuraremos sea la menor posible y en todo caso inferior a 2 horas. Le pedimos comprensión y disculpas si se ve afectado.
- El médico que le atiende en la primera consulta será el que le atenderá en otras consultas sucesivas. Solo este médico puede indicarle que excepcionalmente acuda a consulta sin cita previa.

DOCUMENTOS: Es conveniente que traiga siempre:

- Cartilla de Consulta del Hospital "Morales Meseguer", si tiene (común para cualquier consulta del Hospital).
- Informes Médicos previos
- Resultados de analítica y otras pruebas que se le hayan practicado (si las tiene)
- Medicamentos que toma

CITACIONES DE CONSULTAS Y PRUEBAS:

- Debe dirigirse a las Administrativas de Admisión situadas cerca de los ascensores y en la Planta Baja junto a la entrada principal. Siga las indicaciones de estas y de la enfermera de la Consulta.
- Para la primera visita (o para nuevas citaciones tras ser dado de Alta) debe ser citado mediante solicitud de su Médico de Atención Primaria desde su Centro de Salud.

Los profesionales del Servicio de Medicina Interna pedimos su colaboración para conseguir la mejor atención médica y mayor satisfacción para todos nuestros enfermos.



Gracias.

Dr. Faustino Herrero Huerta
Jefe del Servicio de Medicina Interna.

ANEXO 4

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Anestesia General)

 <p>Morales Meseguer Hospital General Universitario</p>		ETIQUETA IDENTIFICATIVA	
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA-REANIMACIÓN		Nº H*:	Nº S.S.:
		1º APELLIDO:	Sexo:
		2º APELLIDO:	Edad:
		NOMBRE:	Teléfono:
		Dirección:	
		Fecha nacimiento:	
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA GENERAL			
<p>Yo, D./Dª. _____, como paciente o como representante de D. _____, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente DECLARO QUE HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO/A, en virtud de los derechos que marca la LEY GENERAL DE SANIDAD, y en consecuencia, AUTORIZO a Dr./a/es. _____, para que me sea realizada ANESTESIA GENERAL. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr./a. _____</p>			
<p>Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado (Beneficios, Riesgos, Alternativas) y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento, antes de la realización del procedimiento.</p>			
<p>Y para que así conste, firmo el presente documento después de leído.</p>			
<p>Murcia, _____ de _____ de 19 _____</p>			
Firma del paciente (o representante legal)	Firma del testigo	Médico que informa	
D.N.I.: _____	D.N.I.: _____	Nº Colegiado: _____	
Sólo en caso de revocación del consentimiento			
<p>D. / Dª _____ con DNI _____, paciente/representante, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo, si lo hubiere otorgado. Esta decisión la tomo pese a haber sido informado suficientemente de los importantes riesgos a que me someto al no ser intervenido.</p>			
			Firma:
<p>Murcia, _____ de _____ de 19 _____</p>			
RIESGOS PERSONALIZADOS			
INFORMACIÓN AL DORSO...			

EN QUÉ CONSISTE LA ANESTESIA GENERAL

La anestesia es un procedimiento cuya finalidad es realizar una operación sin dolor. Para anestesiarle a Ud. es preciso pinchar una vena por la que se administrarán los sueros y medicamentos necesarios según su situación y el tipo de cirugía prevista.

Por el efecto de los fármacos anestésicos estará dormido y relajado durante la cirugía. Durante la anestesia es preciso colocarle un tubo, a través de la boca o la nariz, que llega hasta la tráquea (conducto que comunica la boca con los pulmones). Este tubo se conecta a un respirador cuya función es mantener la respiración.

Unos adhesivos con unos cables colocados en el pecho permitirán el control de su función cardíaca.

El médico anestesiólogo es el encargado de controlar todo este proceso de principio a fin y tratar las posibles complicaciones que pudieran surgir.

RIESGOS TÍPICOS DE LA ANESTESIA GENERAL

Excepcionalmente, la introducción del tubo hasta la tráquea puede entrañar alguna dificultad y, a pesar de hacerlo con cuidado, dañar algún diente.

Durante la colocación del tubo puede pasar al pulmón parte del contenido del estómago y ocasionar alteraciones respiratorias. Una forma de prevenir esta complicación es guardar ayuno absoluto, al menos durante 6 horas, antes de la intervención programada. Esta complicación es seria pero muy poco frecuente.

La administración de los "sueros" y los medicamentos que son imprescindibles durante la anestesia pueden producir, excepcionalmente reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden llegar a ser graves pero tienen carácter extraordinario.

Es necesario que Ud. sepa que las Sociedades Españolas de Anestesiología y Reanimación y de Alergología e Inmunología Clínica y los expertos de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud desaconsejan la práctica sistemática de pruebas de alergia a los medicamentos anestésicos, por considerar que no es adecuado hacerlo en pacientes sin historia previa de reacción adversa a los mismos, al igual que ocurre con el resto de los medicamentos. Además estas pruebas no están libres de riesgo, y, aun siendo su resultado negativo, los anestésicos probados pueden producir reacciones adversas durante el acto anestésico.

Como consecuencia de su estado clínico puede ser necesario transfundirle sangre (o algún derivado de ella) que procede de donantes sanos que no reciben ninguna compensación económica por la donación. ??

Cada donación es analizada con técnicas de máxima precisión para la detección de determinadas enfermedades infecciosas (p. ej.: hepatitis, Sida, etc.), que se transmiten por la sangre. A pesar de ello la sangre y/o sus componentes pueden seguir transmitiendo esas enfermedades, aunque con un riesgo de muy baja frecuencia.

Al igual que los medicamentos, la sangre y sus componentes pueden dar lugar a reacciones transfusionales.

Después de la anestesia, durante algunas horas pueden aparecer algunas molestias como ronquera, náuseas y vómitos.

RIESGOS PERSONALIZADOS

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, y los más significativos son:

ANEXO 5

HOJA DE INFORMACIÓN AL ALTA

“Consejos tras su intervención de vesícula (colecistectomía)”

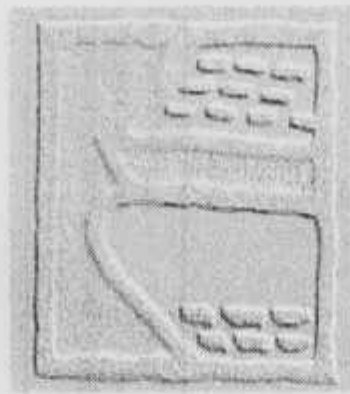
Este folleto ha sido preparado por las enfermeras y los médicos de la Unidad de Cirugía del Hospital "Morales Meseguer"

Su objetivo es responder a algunas de las preguntas que se pueda hacer al regresar a casa.

No dude en preguntar sobre cualquier cuestión que no le haya quedado clara.

Consejos tras su intervención de vesícula (colecistectomía)

Hospital General Universitario "JM^{ra} Morales Meseguer"
Unidad de Cirugía General y Digestiva



Por favor, lea atentamente las instrucciones que se incluyen. Si tiene cualquier duda, consulte a las enfermeras o los médicos de la planta.



ANEXO 6

INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA ESTANDARIZADO



INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA

INFORMACIÓN DE CARACTER GENERAL	
MOTIVO INGRESO: INTERVENCIÓN FISTULA ANAL	EDAD DEL PACIENTE:
TOTAL DÍAS HOSPITALIZACIÓN:	SITUACIÓN FAMILIAR:
GFH UNIDAD:	POBLACIÓN/CENTRO DE SALUD:
IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS AL ALTA	
1	Infección potencial de una herida quirúrgica abierta
2	Deterioro de la movilidad física relacionado con herida quirúrgica
3	Déficit de autocuidado de la higiene relacionado con la herida quirúrgica
4	Ansiedad
RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL ALTA	
1.1	Realizar curas de herida quirúrgica según informe médico
1.2	Limpieza de la zona perianal tras cada deposición
1.3	Baños de asiento con solución antiséptica frecuentes (mínimo 2 al día)
2	Adecuar las actividades cotidianas de acuerdo a la capacidad de movimiento actual. Mantener la postura inclinada
3	Realizar higiene corporal diaria
4	Evitar en lo posible las situaciones de estrés, facilitando la comodidad del paciente.
EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE Y FAMILIA	
1	El paciente / familia conocen / no conocen la técnica de cura e higiene de la herida quirúrgica
2	El paciente / familia conocen / no conocen la necesidad de evaluar las situaciones de la vida diaria para adaptarlas a la nueva situación

ANEXO 7

PROTOCOLO DE ACOGIDA DEL S.A.U.

PROTOCOLO DE ACOGIDA DE PACIENTES Y FAMILIARES

En aras de alcanzar la mayor satisfacción de los usuarios de nuestro hospital, se instauró este protocolo, mediante el cual se les proporciona las Normas básicas de funcionamiento del hospital y facilitamos en lo posible su orientación en el centro durante su permanencia con nosotros.

OBJETIVO: Disminuir en lo posible la ansiedad que produce el ingreso en el hospital ante el desconocimiento del entorno.

PERSONAL ENCARGADO: 1.- Personal de información (celadores).
2.- Personal de enfermería

LUGAR DE REALIZACION: 1.- Area de información.
2.- Puerta de Urgencias.
3.- Unidades de Hospitalización.
4.- Hospitales de Día
5.- Quirófano Local

1.- AREA DE INFORMACION.

Desde este lugar, se realizan todos los ingresos programados, tanto para Cirugía con ingreso, Cirugía mayor ambulatoria y Cirugía Menor. Todos los pacientes, acompañados por la familia, citados, llegan al área de información, donde se inicia la Acogida:

A.- El personal de información, comprueba la identificación del paciente, el tipo de programación, y su reserva.

Todos estos datos se encuentran en su poder y actualizados todos los días, desde las 15 horas del día anterior.

B.- El personal se presenta (le indica su nombre, su función y disposición).

C.- Recoge de los pacientes todos los datos (Tarjeta de la Seguridad Social y D.N.I).

Cuando los ingresos se producen entre las 18 y 20'30 horas, o entre las 7 y 8 horas. Fuera de estas bandas horarias, se les acompaña al mostrador de Admisión. Excepto los pacientes programados para CMA y Cirugía Menor.

D.- Exposición de las Normas básicas de funcionamiento del Hospital y Estructura del mismo, como orientación en el espacio.

Se le entrega a la vez nuestra "Guía Informativa del Usuario", que incluye un plano del hospital. A los pacientes ingresados en el Hospital de Día Quirúrgico se les entrega la guía específica de esta Unidad.

E.- Acompaña al paciente y familiares hasta la Unidad correspondiente, los ubica en las "Salas de Espera de familiares", e informa al personal de enfermería de su llegada.

2.- AREA DE URGENCIAS.

Aquí se producen la mayoría de los ingresos.

- A. El personal del S.A.U. de Urgencias, tras conocer qué paciente va a ingresar, informará a la familia de las Normas básicas del hospital, entregándoles a la vez la “Guía Informativa del usuario”, junto con esta, se les comunica que en el interior disponen de una encuesta de post-hospitalización que pueden cumplimentar y dejarla en el control de la Unidad donde estén hospitalizados tras el alta o enviarla por correo sin gastos de envío. Indicará qué deben recoger los “pases” en el mostrador de Admisión.
- Si por circunstancias del trabajo no se pudiera realizar el Protocolo de Acogida a todos los pacientes, al día siguiente por la mañana, se desplazará hasta la habitación y lo aplicará.
- A El celador de Urgencias, acompaña al paciente y a los familiares (máximo de dos) hasta la habitación donde se ha previsto su ingreso.
- B Al llegar a la Unidad correspondiente, deja la Historia del paciente en el Control de Enfermería y comunica la llegada del mismo.

3.- UNIDAD DE HOSPITALIZACION.

Una vez, el paciente ha llegado a la Unidad, el personal de enfermería inicia su Acogida.

- A Presentación.
La presentación, no sólo se produce en el momento del ingreso, sino también cuando cambia el personal en cada turno; al igual que lo hará la Supervisora cada mañana con los nuevos ingresos.
- B Indicación del número de habitación, planta del edificio y Servicio.
- C Se le muestra la habitación, el aseo, el armario, las llaves de la luz, el timbre, ..
- D Se le proporcionan los utensilios de aseo que necesita, toalla, palangana, cuña, botella, bolsita de aseo,
- E Se informará, del horario de visita e información médica.
- F La enfermera, le realiza una entrevista, recogiendo los datos que pueden ser necesarios para valorar necesidades del paciente.

Murcia, Febrero de 1999.
Servicio de Atención al Usuario.

ANEXO 8

PROTOCOLO DE ACOGIDA DE ENFERMERÍA

RECEPCIÓN Y ACOGIDA DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

DEFINICIÓN: "Es el conjunto de acciones que debe llevar a cabo el personal de enfermería para proporcionar una correcta acogida y apoyo al paciente y acompañantes en su ingreso en la Unidad."

FINALIDAD:

- Proporcionar al paciente y acompañante información básica y pertinente.
- Crear el ambiente apropiado para que se sienta lo más cómodo y seguro posible.
- Obtener del paciente (o familia) la información necesaria para valorar sus necesidades básicas que permitirán hacer los planes de cuidados.

- Documentación clínica
- Fonendoscopio
- Manguito de presión
- Termómetro
- Documentación de interés sobre el funcionamiento del hospital y/o unidad.

OBJETIVOS:

- 1.- CONSEGUIR QUE EL PACIENTE Y SU FAMILIA IDENTIFIQUEN A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE SU CUIDADO EN LA UNIDAD.
- 2.- EL PACIENTE DISPONDRÁ DE TODO LO NECESARIO PARA SENTIRSE CÓMODO Y SEGURO.
- 3.- CONSEGUIR QUE EL PACIENTE COLABORE CON EL PERSONAL DE LA UNIDAD EN LA ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.

RESPONSABLE DE LA INDICACIÓN:

- Servicio de enfermería

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN:

- La enfermera y/o Auxiliar

TIEMPO DE EJECUCIÓN APROXIMADO: 15 minutos
MATERIAL NECESARIO:

OBJETIVOS	ACCIONES ESENCIALES	OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>1.- EL PACIENTE Y SU FAMILIA IDENTIFICARAN A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE SU CUIDADO EN LA UNIDAD</p>	<p>A) Reciba al paciente con amabilidad</p> <p>B) Identifíquese correctamente</p> <p>C) Acompañele a su habitación y explique su ubicación respecto al resto del hospital.</p>	<p>- Explíquelas las funciones de los integrantes del equipo, que serán responsables de sus cuidados, reduciendo en lo posible su estado de ansiedad ante las modificaciones del entorno.</p> <p>- Esto permitirá la mayor participación del paciente y su familia.</p>	<p>- El paciente y/o la familia conocen su ubicación en el hospital y las normas de funcionamiento del mismo SI NO</p> <p>- El paciente y/o la familia conocen el nombre de la enfermera SI NO</p>

OBJETIVOS	ACCIONES ESENCIALES	OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>2.- EL PACIENTE DISPONDRÁ DE TODO LO NECESARIO PARA SENTIRSE CÓMODO Y SEGURO.</p>	<p>A) Explíqueme el funcionamiento de la cama, timbre, luces, enchufes y otros aparatos si los hubiese, y compruebe que lo ha comprendido.</p>	<p>A) Una información densa y rápida puede agravar el estrés. El timbre y la luz deben estar siempre al alcance del paciente.</p>	<p>A) El paciente manifiesta haber entendido las indicaciones que le hemos dado y realiza un uso correcto de los utensilios SI NO</p>
	<p>B) Muéstreme los utensilios que están a su disposición: armario, mesilla, etc..., y todo lo necesario para su arreglo personal.</p>		
	<p>C) Proporcionele toallas, bata y camisón o pijama a no ser que desee utilizar los suyos propios.</p>		
	<p>D) Si es necesario, ayúdele a desvestirse y a guardar la ropa en su armario respetando en todo momento la intimidad del paciente.</p>		

OBJETIVOS	ACCIONES ESENCIALES	OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>2.- (Cont...) EL PACIENTE DISPONDRÁ DE TODO LO NECESARIO PARA SENTIRSE CÓMODO Y SEGURO.</p>	<p>E) Recomiéndele que no conserve consigo objetos de valor. La familia deberá hacerse cargo de ellos.</p>		
	<p>F) Ofrézcase a aclararle a él o su familia cualquier aspecto relacionado con las normas generales de la unidad y/o del hospital, visitas, comidas, información médica, llamadas telefónicas, etc...</p>	<p>F) Se facilitará la documentación existente si esta no ha sido proporcionada por el servicio de admisión al ingreso.</p>	<p>F) El paciente tiene en su poder la documentación informativa del Hospital SI NO</p>
	<p>G) Anote los datos de identificación en toda la documentación clínica y proceda a la valoración inicial de las necesidades básicas de salud del paciente.</p>	<p>G) La información será recogida del paciente y si no es posible de la familia.</p>	<p>G) Están anotados todos los datos de identificación SI NO</p> <p>Se ha efectuado la valoración de las necesidades básicas de salud SI NO</p>

OBJETIVOS	ACCIONES ESENCIALES	OBSERVACIONES Y RAZONAMIENTOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>3.- EL PACIENTE COLABORARÁ SI ES POSIBLE CON LA ENFERMERÍA EN LA ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.</p>	<p>A) Registre los datos de la valoración en la documentación de enfermería.</p>	<p>A) Evite duplicar datos. Comprobará en la Documentación clínica que datos ya han sido obtenidos.</p>	<p>A) Los datos sobre la valoración inicial están registrados en la documentación de enfermería SI NO</p>
	<p>B) Anote en el registro de entrada el ingreso del paciente.</p>		
	<p>C) Compruebe la llegada de la documentación. Deberá estar completa y ordenada.</p>		<p>C) La documentación clínica está completa y correctamente identificada SI NO</p>
	<p>D) Inicie la elaboración del plan de cuidados.</p>		

ANEXO 9

PROTOCOLO DE INFORMACIÓN SOBRE **TRÁMITES ADMINISTRATIVOS** **(S. de Admisión)**

INFORMACIÓN SOBRE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS EN EL HOSPITAL “MORALES MESEGUER”

1. DÓNDE SE REALIZA LA TRAMITACION DE DOCUMENTOS:

INFORMACION SOBRE TRAMITES BUROCRATICOS- ADMINISTRATIVOS DE PACIENTES INGRESADOS/ASISTIDOS EN EL HOSPITAL “MORALES MESEGUER”.

- a). PARTES DE BAJA Y PARTES DE CONFIRMACION: Secretarías de Planta.
- b). PARTES DE ALTA: Médico de Cabecera.
- c). JUSTIFICANTES DE INGRESO/ASISTENCIA: Secretarías de Planta.
- d). CITACIONES DE CONSULTAS: Controles de Planta de Consultas Externas.
- e). PRUEBAS AMBULATORIAS DE C. EXTERNAS: Controles de Planta.
- f). PRUEBAS A OTROS CENTROS CONCERTADOS DE PACIENTES NO INGRESADOS:
Secretaría de Admisión (planta baja).

HORARIOS:

- SECRETARIAS DE PLANTA: De 8.00 a 10.00 horas de Lunes a Viernes.
- SECRETARIA DE ADMISION: De 8.00 a 15.00 horas de Lunes a Viernes.

NOTA:

* Ante cualquier duda **relacionada con los puntos anteriormente reseñados**, consulte en la Secretaría de la planta **donde se encuentra**.

2. PROCEDIMIENTO DE TRAMITACIÓN:

En ocasiones, se envían desde la planta a usuarios para que en el área de la Secretaría correspondiente, se formalicen documentos como Partes de Baja, Justificantes de Ingreso, etc. Pero hay que tener en cuenta:

1ª PARTES DE BAJA:

a). Si es una baja **como consecuencia de un ACCIDENTE LABORAL** (ocurrido en horario de trabajo o al ir o venir del mismo), el responsable de dar la baja es la MUTUA DE LA EMPRESA si tiene mutua, o el MEDICO DEL SERVICIO HOSPITALARIO donde se encuentre ingresado el paciente, si la empresa no tiene asegurados los riesgos profesionales con ninguna mutua. Se le tendrá que dar al paciente o familiar fotocopia del INFORME DE PUERTA DE URGENCIAS, para poder llevar a cabo este trámite.

b). Si la baja es **a consecuencia de un ingreso por ENFERMEDAD COMUN, ACCIDENTE NO LABORAL O INTERVENCION QUIRURGICA** en nuestro hospital, se le indicará a la familia que pueden acudir a tramitarla a la Secretaría correspondiente por la mañana en horario de 8.00 a 10.00 horas de Lunes a Viernes (En cada Secretaría puede que el horario varíe dependiendo de la hora de visita a los familiares, ejemplo UCI, por lo que se le indicará respectivamente!).

Las Secretarías se encuentran ubicadas en las siguientes plantas: Las Especialidades del Hospital General en la 2ª planta, Oncohematología 2ª planta, Cirugía General y Ap. Digestivo 3ª planta, Urología y Otorrinolaringología 3ª planta, Oftalmología 4ª planta, Traumatología 4ª planta, UCI 5ª planta, Medicina Interna (Secciones de Alergia, Dermatología, Endocrinología, Infecciosas y Neurología) 6ª planta, Neumología, Aparato Digestivo y Cardiología 7ª planta.

c). Los pacientes que sean **INTERVENIDOS EN HOSPITAL DE DIA CON CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)**, la baja se la tramitará su MEDICO DE CABECERA una vez que se marchen del hospital, salvo que por alguna complicación tengan que quedar ingresados y entonces se les tramitaría también en la forma ordinaria descrita anteriormente.

2º) JUSTIFICANTES DE INGRESO A PACIENTES O FAMILIARES:

- Estos documentos tienen como fin el que los familiares de los pacientes ingresados puedan justificar en el centro de trabajo su ausencia a consecuencia del ingreso de un familiar en nuestro hospital. Se les indicará que estos se tramitan en la Secretaría del Servicio donde se encuentre ingresado el paciente.
- Si es necesario que dicho justificante indique además que el paciente ha sido intervenido, se acercarán hasta el control de enfermería de la planta donde esté ingresado el enfermo para que el médico correspondiente haga constar dicha intervención. Murcia, 20 de noviembre de 2000
Murcia, 20 de noviembre de 2000.

VºBºDR.D. FRANCISCO MARCOS NAVARRETE
COORDINADOR - ADMISION

ANEXO 10

FORMULARIOS DE SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA POR USUARIOS EXTERNOS



Morales Meseguer
Hospital General Universitario

ANEXO I

SOLICITUD DE DOCUMENTACION CLINICA

D./Dña por D.N.I.nº
y teléfono nº solicita , de la Historia Clínica nº
perteneiente a D./Dña copia de la
documentación que a continuación se relaciona, para (motivo):

.....

Relación de documentos:

- 1.-
- 2.-
- 3.-

Fecha:

Firma del solicitante:

.....

Fecha de recepción por el Archivo: _____
AUTORIZADO :

Fdo.: Dra.:

Fecha de recepción de la documentación por el S.A.U.:

Fdo.:

Servicio de Atención al Usuario

DILIGENCIA DE RECEPCION: Las copias a que se refiere la presente solicitud, han sido recibidas por el firmante.

Murcia, a de de 19

Firmado:



Morales Meseguer
Hospital General Universitario



ANEXO II

DELEGACION EN TERCEROS PARA RETIRAR INFORMACION CLINICA

D./Dña., usuaria del Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer de Murcia, domiciliado/a en calle nº, teléfono y con DNI.....

Por el presente escrito autorizo a D./Dña. con DNI nº para que en mi nombre retire la documentación clínica solicitada en el ANEXO I, contenida en mi historia clínica.

El/la portador/a de este documento, adjunta copia de mi D.N.I. y se identificará mediante la exhibición del suyo propio, del que se sacará fotocopia para adjuntar a este anexo.

En a de de

FIRMAS:

Autorizante:

Autorizado:

Fdo.:

Fdo.:

Documentación Clínica



Morales Meseguer
Hospital General Universitario



ANEXO III

RETIRADA DE ORIGINALES DE LA HISTORIA CLINICA

D./Dña., retira de la historia clínica nº
los documentos originales que se relacionan a continuación, comprometiéndose a devolverlos
en el plazo más breve posible.

Tipo de documento

Fecha

.....
.....
.....
.....
.....

Fecha y firma:

Fecha de devolución:

Documentación Clínica