

6

Documentación clínica

SUMARIO

1. Documentación clínica: historia clínica (HC)
2. Historia clínica hospitalaria (HCH)
3. Historia clínica en Atención Primaria (HCAP)
4. Historia clínica electrónica (HCE)
5. Otros documentos clínicos
6. Archivos clínicos

RETO INICIAL

Trabajas como TCAE en la Unidad de Urología donde ingresa G.L.P., con NHC 0387 para ser intervenido de hipertrofia benigna de próstata.

¿Qué documentos crees que deberá contener su historia clínica tras finalizar el proceso asistencial?
¿Cómo crees que se ordenarían todos estos documentos?





Sugerencias didácticas

El objetivo principal de esta unidad es que el alumno conozca los aspectos básicos de la historia clínica, hospitalaria en especial, y se familiarice con los documentos más importantes. Para ello se explican los distintos tipos de historia clínica, así como los diferentes documentos que la componen.

En primer lugar, se analizan las funciones, características y requisitos de la historia clínica. A continuación, se describen y ejemplifican los principales documentos de la historia clínica hospitalaria, tanto médicos como, en especial, de enfermería. Posteriormente, se analiza la estructura de la historia clínica en Atención Primaria. Después, veremos las ventajas e inconvenientes, así como las principales características, de la historia clínica electrónica, que actualmente cobra mayor relevancia. El tema finaliza con la descripción de los principales sistemas de archivos clínicos.

Para que el alumno asimile mejor estos conceptos, en los recursos de la unidad se incluyen ejemplos reales de documentos de enfermería y médicos de diferentes hospitales, tanto públicos como privados, así como reglamentos de uso de la historia clínica.

A lo largo de la unidad se plantean ejemplos que han sido cuidadosamente seleccionados para ayudar a los alumnos a la adquisición, consolidación y ampliación de los contenidos.

Para finalizar la unidad se propone que el alumno realice un esquema de los contenidos tratados, y se plantean actividades (resueltas en este solucionario) que servirán para repasar los contenidos estudiados con anterioridad, detectar conceptos no asimilados correctamente y corregir las posibles desviaciones detectadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Además, se incluyen casos prácticos (resueltos también en este solucionario) de recapitulación para ayudar a afianzar los contenidos tratados. Así mismo, tiene gran interés el reto presentado para iniciar la unidad; ahora llega el momento de retomarlo y, con las capacidades y competencias profesionales adquiridas a lo largo del desarrollo de la unidad, el alumno será capaz de completarlo.

Para finalizar la unidad proponemos la evaluación final, con actividades tipo test, que ayudará al alumnado a valorar su progreso e identificar las posibles lagunas que pueda tener.

Los materiales complementarios de los que disponemos son:

- Presentaciones multimedia: son presentaciones en PowerPoint para apoyar las explicaciones con ayuda de un ordenador y un proyector.
- Evaluaciones tipo test.
- Proyectos finales: un proyecto final por trimestre, que los alumnos podrán desarrollar en grupo o de forma individual.

A continuación, se muestra una tabla resumen con los recursos para esta unidad:

Recursos de la Unidad 6	
Recursos multimedia	Presentaciones multimedia
Pruebas de evaluación	Evaluaciones tipo test
Proyectos finales	Un proyecto por trimestre



RETO INICIAL

Trabajas como TCAE en la Unidad de Urología donde ingresa G.L.P., con NHC 0387 para ser intervenido de hipertrofia benigna de próstata.

¿Qué documentos crees que deberá contener su historia clínica tras finalizar el proceso asistencial?

¿Cómo crees que se ordenarían todos estos documentos?

Con este reto inicial, el profesor podrá comprobar cuáles son los documentos de la historia clínica que el alumno conoce antes de iniciar la unidad. Además, servirá para que el alumno verifique los conocimientos que ya tiene y, a medida que se va introduciendo en la unidad, sabrá cuáles son los conceptos en los que deberá hacer más hincapié.

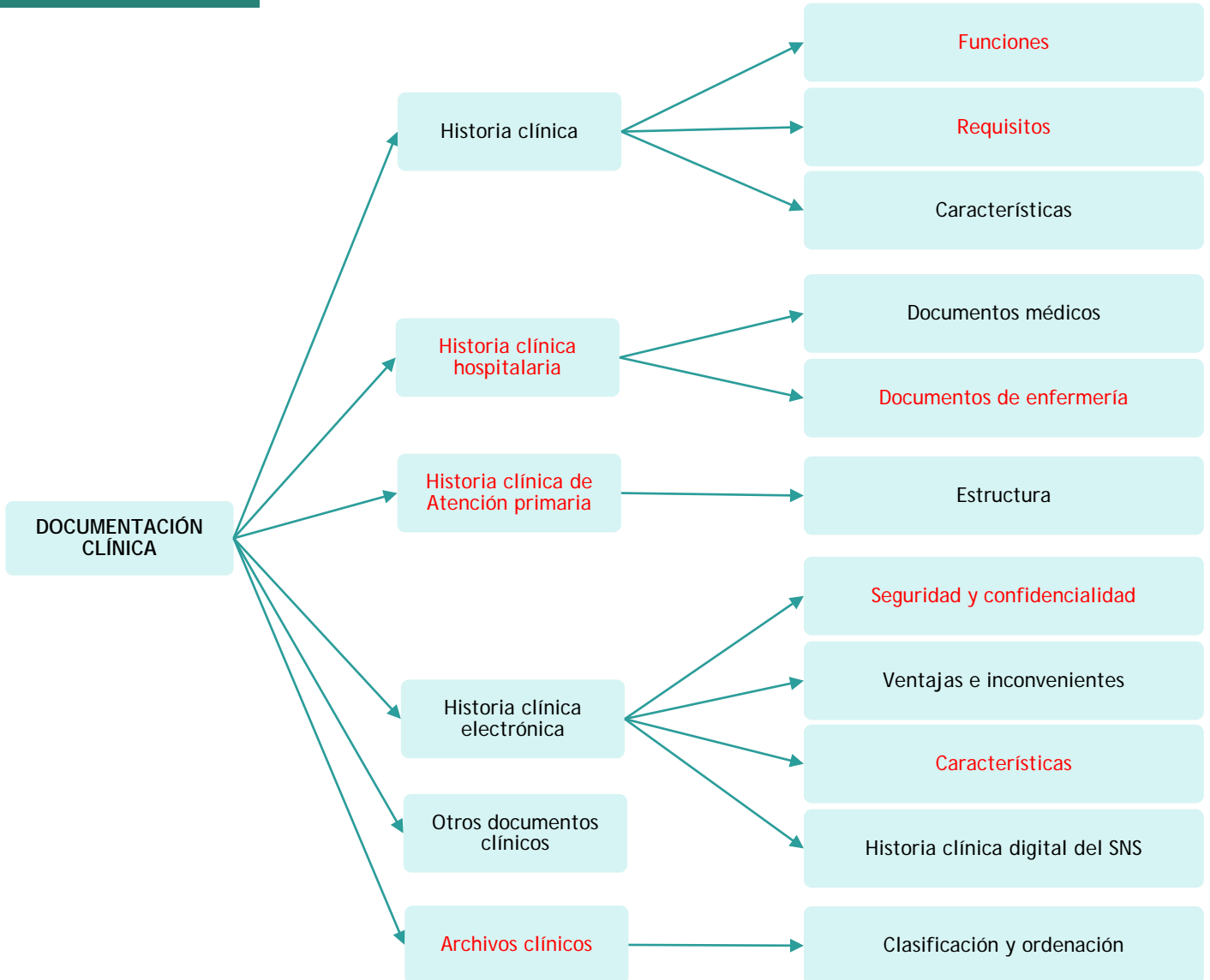
Para ello, el profesor puede emplear diferentes técnicas didácticas, como realizar una lluvia de ideas en el aula, o trabajar en pequeños grupos este enunciado y hacer posteriormente una puesta en común. Además, resulta conveniente que el docente explique a sus alumnos cuál es la relación que existe entre la unidad didáctica y los objetivos generales que el currículo establece, así como la relación con el resto de la programación.

Al finalizar la unidad, retomaremos este reto, pero de forma más completa.



Resume

Copia y completa el siguiente esquema en tu cuaderno.



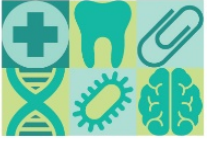
Resuelve

Documentación clínica: historia clínica (HC)

1- Define historia clínica. ¿Cuál es su principal función?

La **historia clínica** es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole, sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

La principal función es la asistencial: hacer posible una atención sanitaria de calidad.



2.- Supongamos que trabajas como auxiliar de enfermería en un hospital en la unidad de cardiología; ¿puedes acceder a la historia clínica de un amigo de tu pareja que está ingresado en la unidad de cirugía general?

No, la historia clínica es un documento privado y confidencial, al que únicamente tienen acceso los profesionales sanitarios que atienden al paciente (y el propio paciente). No se cumplen estas condiciones en este caso.

3.- ¿Qué significa que lo que se registra en la historia clínica debe ser veraz y completo?

Según el diccionario de la Real Academia Española, veraz significa que dice, usa o profesa siempre la verdad. Es decir, lo que se escribe debe ser siempre cierto, no se puede mentir y registrar algo que no se ha hecho.

En cuanto a completo, significa que debe anotarse todo lo importante en la atención sanitaria, sin dejar fuera información importante y sin olvidar anotar lo que se ha hecho.

4.- En el capítulo V de la Ley 41/2002 se hace referencia a la historia clínica. Según esta ley, ¿cuál es el contenido de la historia clínica de cada paciente y qué profesionales están sujetos a guardar secreto profesional?

El artículo 15 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 establece que el contenido mínimo de la historia clínica será:

- a) La documentación relativa a la hoja clínicoestadística.
- b) La autorización de ingreso.
- c) El informe de urgencia.
- d) La anamnesis y la exploración física.
- e) La evolución.
- f) Las órdenes médicas.
- g) La hoja de interconsulta.
- h) Los informes de exploraciones complementarias.
- i) El consentimiento informado.
- j) El informe de anestesia.
- k) El informe de quirófano o de registro del parto.
- l) El informe de anatomía patológica.
- m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- n) La aplicación terapéutica de enfermería.
- ñ) El gráfico de constantes.
- o) El informe clínico de alta.

Así mismo, especifica que los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) solo serán exigibles cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.

Cuando se trate del nacimiento, la historia clínica debe incorporar, además de la información a la que hace referencia este apartado, los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas que resulten, en su caso, necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre, en los términos que se establezcan de forma reglamentaria.

El artículo 16 de esta misma Ley, en el punto 6, especifica que “el personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto”.



7.- ¿Qué es el consentimiento informado? ¿Qué profesional es el encargado de dar este consentimiento al paciente o representante legal? Razona tu respuesta.

El consentimiento informado es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Suele ser verbal, pero necesariamente ha de ser por escrito en intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en tratamientos que supongan riesgos o inconvenientes notorios para la salud del paciente. Lógicamente, no es así en casos de urgencia vital.

El médico debe informar de los riesgos de forma clara, comprensible y concreta y, por tanto, será este mismo médico, responsable de la técnica invasiva a realizar, el responsable de dar el consentimiento al paciente o representante legal para su firma.

8.- Cita dos documentos de la HCH que deben ser firmados por el paciente. ¿Por qué debe firmarlos? ¿Quién debe, por lo general, firmar los documentos de la historia clínica de un paciente?

De acuerdo con el principio de autonomía que la Ley reconoce al paciente (en especial en la Ley 41/2002), el paciente (o en su caso el representante legal) firmará aquellos documentos en los que deba dar su consentimiento o tome decisiones relacionadas con la atención sanitaria. Asume, después de recibir información concreta, clara y completa, su decisión con los riesgos que supone; y se hace responsable de su decisión. Son los siguientes:

- Autorización de ingreso: accede a ser hospitalizado y a las medidas comunes de diagnóstico y tratamiento.
- Consentimiento informado: da permiso, después de recibir la información adecuada, a un determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico que supone un riesgo (operaciones quirúrgicas, exploraciones invasivas como las endoscopias o que supongan algún peligro, como TAC, radiografías con contraste, etc.).
- Alta voluntaria: decide abandonar el hospital sin el alta médica.

Habitualmente, quien firma la mayoría de los documentos de la historia clínica son los profesionales que atienden al paciente: los médicos en los documentos médicos y los profesionales de enfermería en los documentos de enfermería.

9.- Cita el documento de la HC de enfermería al que se refiere cada una de las siguientes afirmaciones:

a) Contiene el registro de la dosis, hora y vía de administración a un paciente de un medicamento que el médico había prescrito.

Hoja terapéutica de enfermería o administración de tratamientos.

b) Se indican las recomendaciones de cuidados de enfermería de un paciente que abandona el hospital.

Informe de enfermería al alta.



Historia clínica en Atención Primaria (HCAP)

10- Indica el documento de la HC en Atención Primaria al que se refiere cada una de las siguientes afirmaciones:

- a) En él se anotan de forma ordenada los problemas de salud del paciente.
- b) Incluye los datos más importantes que recoge el médico en la auscultación cardiopulmonar.
- c) Aparecen las vacunaciones y el seguimiento del peso y la talla del niño.
- d) En él están los datos de identificación del paciente y sirve como contenedor de otros documentos.
- e) Recoge información sobre operaciones quirúrgicas sufridas a lo largo de la vida del paciente.
- f) Contiene el plan de tratamiento prescrito por el médico de familia.

En él se anotan ordenadamente los problemas de salud del paciente.	Lista de problemas.
Incluye los datos más importantes que recoge el médico en la auscultación cardiopulmonar.	Biografía sanitaria o datos generales.
Aparecen las vacunaciones y el seguimiento del peso y la talla del niño.	Biografía sanitaria pediátrica o datos generales pediátricos.
En él están los datos de identificación del paciente y sirve como contenedor de otros documentos.	Carpeta individual.
Recoge información sobre operaciones quirúrgicas sufridas a lo largo de la vida del paciente.	Biografía sanitaria o datos generales.
Contiene el plan de tratamiento prescrito por el médico de familia.	Hoja de evolución.



11- Diferencias entre historia clínica en Atención Primaria y la hospitalaria.

HC hospitalaria	HC en Atención Primaria
Atención especializada.	Atención primaria.
Enfocada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades.	Para solucionar y controlar problemas de salud; también con enfoque preventivo.
Más compleja.	Más sencilla.
Gran número de documentos diferentes.	Número menor de documentos.
Intervienen muchos profesionales distintos, que pueden atender ocasionalmente al paciente.	Intervienen menos profesionales, de forma más continuada en el tiempo.
Ordenación cronológica.	Orientada por problemas de salud.
Fragmentada por episodios de ingreso.	Recoge una atención más continuada.

Historia clínica electrónica (HCE)

12- Cita una ventaja para el paciente y otra para el profesional de la HC electrónica.

Para el profesional: acceso más rápido a la información, que se actualiza de forma automática; se generan con más facilidad los informes clínicos, menos riesgo de errores.

Para el paciente: es más difícil que pueda ser adulterada, mejores sistemas de seguridad, más fácil acceso del paciente a su propia historia clínica.



Unidad 6 Documentación clínica

Solucionario

13-- Analiza las características de la HC electrónica y de la HC en papel. ¿Cuál consideras que facilita la práctica diaria de la actividad asistencial? Razona tu respuesta.

Como hemos visto en la unidad, las características de la historia clínica electrónica y la historia clínica en papel son las siguientes:

Tabla de comparación entre HC electrónica y HC en papel		
Características	HC electrónica	HC en papel
Accesibilidad y disponibilidad	<p>Inmediata en cualquier momento y lugar, si hay conexión informática para usuarios con permiso.</p> <p>Múltiples usuarios.</p> <p>Facilita la comunicación con otros profesionales.</p>	<p>Solo en un lugar, en el centro donde se genera. Se tarda más en encontrar la información.</p> <p>Único usuario.</p> <p>Comunicación entre profesionales más difícil.</p>
Integridad de HC Continuidad asistencial	<p>Puede combinar la información de datos de distintos ámbitos y centros asistenciales.</p> <p>Posibilita la continuidad asistencial y facilita el seguimiento del proceso (pruebas pendientes, citas, etc.).</p> <p>Evita repetir pruebas al disponer siempre de toda la información.</p>	<p>En la práctica, solo se dispone de información del propio centro.</p> <p>No es útil para la continuidad asistencial ni para el seguimiento del proceso.</p> <p>Los retrasos y pérdidas de documentos hacen que se repitan pruebas.</p>
Temporalidad y secuencialidad	<p>Garantizada por la inserción automática de fecha y hora.</p> <p>Ordenación automática.</p>	<p>Se olvida a veces la fecha y/o la hora.</p> <p>Posibles errores al ordenar y secuenciar la información.</p>
Durabilidad	<p>No se altera con el tiempo.</p>	<p>Se estropea con el tiempo, por el uso y el deterioro del papel.</p>
Seguridad de la información	<p>Con buenos sistemas de seguridad, evita que se pierda la información.</p>	<p>Se puede extraviar completa o parcialmente.</p>
Inviolabilidad	<p>No puede ser adulterada, pues siempre hay firma digital con inclusión automática de fecha y hora.</p>	<p>Puede llegar a rehacerse total o parcialmente sin que pueda comprobarse.</p>
Legibilidad. Errores en los datos	<p>Claridad absoluta en los datos. Menor número de errores. Se pueden establecer filtros y rangos de valores normales.</p>	<p>A veces es confusa o ilegible.</p> <p>Mayor riesgo de inexactitudes y errores al escribir los datos.</p>

Por todas estas características, queda claro que la práctica diaria de la actividad asistencial se ve facilitada con la historia clínica electrónica.



Archivos clínicos

14.- En un archivo se sigue un sistema doble dígito terminal en el que cada sección se divide en 100 subsecciones. ¿Cómo se archivarían las de los números: 00.180, 09.634, 11.880, 17.934, 33.155, 42.534, 46.055?

Para saber en qué sección se encuentra cada historia clínica debemos fijarnos en las dos últimas cifras. La subsección viene indicada por la cifra antepenúltima, la 3.^a empezando por el final.

15.- Teniendo en cuenta las normas indicadas, clasifica y ordena alfabéticamente las HC de los siguientes pacientes: Se clasifican de acuerdo con la letra inicial del primer apellido. Dentro de cada una de estas secciones, se ordenan alfabéticamente, siguiendo las normas mencionadas en el texto. Quedarían ordenados tal como sigue:

Sección A:	Andrés Reyes, Felipe de
Sección E:	Esgueva Rubio, Rodolfo
Sección G:	García Claver, Pilar García Coll, Francesc García Navarro, Juan Carlos García Rodríguez, Sergio García-Juliá Abad, Angels
Sección L:	Llul Pujol, Jordi López Gasol, Eugenio López de Haro Calderón, Antonio
Sección R:	Ruiz San Emeterio, Amaya
Sección S:	Soria Iturriaga, Ander

16.- Según los diferentes sistemas de clasificación y ordenación de historias clínicas que hemos estudiado en la unidad, escribe 6 ejemplos de cada uno de ellos y preséntalos de forma ordenada siguiendo cada sistema.

Con este ejercicio se pretende que el alumno emplee los distintos sistemas de clasificación y ordenación vistos en la unidad. Puede servirle de ayuda el ejemplo número 9 elaborado para este fin.

Practica

1.- Acudes a tu médico de cabecera porque no te encuentras bien. Inventa un motivo de consulta y redacta una hoja de evolución siguiendo la estructura correspondiente.

Se trata de que el alumno emplee la estructura SOAP para realizar este ejercicio. Para ello, puede servirle de ayuda el ejemplo 7 de la unidad.

2.- Acude a tu centro sanitario más cercano e intenta recopilar todos aquellos documentos mínimos que deben conformar la historia clínica hospitalaria. Una vez que los tienes localizados, comprueba si siguen el formato exigido a este tipo de documentos.

Con esta se busca que el alumno identifique los documentos mínimos de la historia clínica exigidos en 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 vistos en la actividad 4 y que volvemos a recalcar:



Unidad 6 Documentación clínica

Solucionario

Contenido mínimo de la HCH (Ley 41/2002)	
1. Documentación relativa a la hoja clínico-estadística. 2. Autorización de ingreso*. 3. Informe de urgencia*. 4. Anamnesis y exploración física. 5. Evolución. 6. Órdenes médicas. 7. Hoja de interconsulta. 8. Informes de exploraciones complementarias.	9. Consentimiento informado*. 10. Informe de anestesia*. 11. Informe de quirófano o de registro de parto*. 12. Informe de anatomía patológica*. 13. Evolución y planificación de cuidados de enfermería. 14. Aplicación terapéutica de enfermería. 15. Gráfico de constantes*. 16. Informe clínico de alta*.
(*Si hay hospitalización o cuando así se disponga)	

Además, el alumno debe observar que sigue el formato exigido para estos documentos vistos en la unidad:

Formato de los documentos de la HCH	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre y código del documento. - Identificación del centro hospitalario (y la unidad o servicio asistencial). - Identificación del paciente: NHC, nombre y apellidos, sexo, habitación y cama en la que está hospitalizado y, a veces, otros datos. Se suelen usar las etiquetas adhesivas generadas por ordenador, para evitar errores y datos incompletos. - Contenido específico de cada documento. - Identificación de los profesionales que participan en la asistencia (frecuentemente firmado). - Fecha (y a veces hora) del registro.
--	--



Unidad 6 Documentación clínica

Solucionario

3.- María es una TCAE que trabaja en el Servicio de Traumatología del hospital de su ciudad. ¿Cuáles son los documentos de la historia clínica que reflejan la asistencia prestada por el personal de enfermería? Cítalos y explica brevemente la finalidad de estos documentos.

Documento de enfermería	Función principal	Características
Valoración de enfermería	Recoger los datos de la valoración inicial.	Los datos se ordenan por necesidades humanas o por patrones funcionales de salud.
Planificación de cuidados	Contener el plan de cuidados.	Recoge también los diagnósticos de enfermería.
Evolución de enfermería	Recoger los cuidados de enfermería.	De acuerdo con el plan de cuidados; recoge también los cambios e incidencias.
Aplicación terapéutica de enfermería	Registrar la administración de medicamentos.	Se recogen con detalle: fecha, hora, problemas si los hay, firma del profesional.
Gráfica de constantes	Registrar las constantes vitales del paciente.	Recoge además otra información: balance hídrico, peso, etc. Puede ser más o menos detallada.
Informe de enfermería al alta	Recoger los problemas de salud y cuidados de enfermería que precisa el paciente al alta.	Distinto del informe médico de alta; se centra en los problemas y cuidados de enfermería.

4.- Juan, de 75 años, acaba de ingresar en la planta de Cirugía tras ser intervenido de una apendicectomía de urgencia. A su llegada a planta vemos que presenta náuseas, porta sonda vesical Foley número 16 y un drenaje en la herida quirúrgica. Además, es portador de prótesis dental, usa muletas para poder caminar debido a que recientemente le ha sido colocada una prótesis de rodilla e indica que se encuentra asustado y que no ha podido dormir nada desde que comenzó a encontrarse mal. Señala qué documento de enfermería debe recoger toda esta información y organízala.

El documento que debe recoger todos estos datos al ingreso de nuestro paciente en la unidad es la Valoración de enfermería al ingreso. Presentamos un documento de este estilo en el ejemplo número 1 de la unidad. No debes olvidar que cada centro asistencial puede tener su propio diseño de documento para esto y, por tanto, pueden variar de unos centros a otros, pero siempre tienen que cumplir con el mismo formato.

Recuerda que los datos deben ordenarse bien por patrones funcionales o bien por necesidades humanas.

En el aula virtual encontrarás diferentes modelos de hojas de valoración de enfermería para poder ver dónde localizar todos estos datos.



1. Se entiende por HC normalizada:

- a. La que está archivada de forma segura.
- b. Aquella cuyos documentos se ajustan a los mínimos exigidos por el órgano competente.**
- c. Aquella que está ordenada.
- d. Ninguna respuesta es correcta.

2. Señala la opción falsa:

- a. Se deben anotar los principales datos de la situación clínica y la atención sanitaria.
- b. Se deberá anotar algo que se haya hecho.
- c. El registro ha de ser claro y legible pudiendo emplearse abreviaturas.**
- d. Todas son correctas.

3. La confidencialidad es:

- a. Un derecho del paciente.
- b. Una obligación del personal sanitario.
- c. a y b son correctas.**
- d. Ninguna respuesta es correcta.

4. El documento de la HCH que resume el final de la atención sanitaria se llama:

- a. Anamnesis.
- b. Evolución.
- c. Informe clínico de alta.**
- d. Aplicación terapéutica.

5. La HC enfocada a la prevención de enfermedades y promoción de la salud es:

- a. Historia clínica hospitalaria.
- b. Historia clínica de Atención Primaria.**
- c. a y b son correctas.
- d. Ninguna es correcta.

6. El documento de la HCAP que recoge datos subjetivos, objetivos, orientación diagnóstica y plan de acción es:

- a. La hoja de datos generales.
- b. La hoja pediátrica.
- c. La hoja de evolución.**
- d. Lista de problemas.

7. Señala una desventaja de la HCE:

- a. Acceso inmediato y simultáneo a la información clínica.
- b. Obliga a extremar precauciones en cuanto a seguridad y confidencialidad.**
- c. Generación fácil de informes clínicos.
- d. Agiliza la gestión sanitaria.

8. En la hoja de interconsulta se solicita:

- a. La opinión de un especialista a otro servicio.**
- b. Pruebas diagnósticas necesarias.
- c. El consentimiento del paciente.
- d. Para hacer una valoración de enfermería.

9. Señala la respuesta correcta:

- a. La ordenación es lineal y bidimensional.
- b. La ordenación tiene niveles y es bidimensional.
- c. La clasificación es lineal y unidimensional.
- d. La clasificación tiene niveles y es bidimensional.**

10. El sistema de clasificación más empleado en los archivos clínicos hospitalarios es:

- a. Alfabético.
- b. Fecha de atención.
- c. Fecha de nacimiento.
- d. Dígito terminal.**



Completa el reto

Trabajas como TCAE en la Unidad de Urología, donde ingresa G.L.P., con NHC 0387 para ser intervenido de hipertrofia benigna de próstata. ¿Qué documentos crees que debe contener su historia clínica tras finalizar el proceso asistencial?

Tras ser dado de alta, ¿podrías identificar los documentos que conformarían la historia clínica del paciente? Imagina que nuestro paciente no hubiera aceptado el tratamiento que le propone el facultativo. ¿Cuál sería el documento que debería cumplimentar? Explica en qué sección y subsección colocarías la historia clínica si nuestro archivo se rige por el sistema de doble dígito terminal.

Tras haber trabajado la unidad, llega el momento de completar el reto que se nos planteaba al principio, pero ahora de una forma más completa.

Al principio de la unidad se nos proponía un paciente ingresado para ser operado de hipertrofia benigna de próstata y se nos preguntaba por el orden y los documentos que conformarían su historia clínica hospitalaria.

A lo largo del tema hemos visto los distintos tipos de historias clínicas y todos estos documentos, y, además, sabemos que la ley exige como mínimo unos documentos que deben contener todas las historias.

Ahora, podemos identificar con claridad qué documentos conforman la historia clínica de este paciente, que, como mínimo, serán, por orden de aparición:

- La documentación relativa a la hoja clínicoestadística.
- La autorización de ingreso.
- La anamnesis y la exploración física.
- La evolución.
- Las órdenes médicas.
- La hoja de interconsulta.
- Los informes de exploraciones complementarias.
- El consentimiento informado.
- El informe de anestesia.
- El informe de quirófano o de registro del parto.
- El informe de anatomía patológica.
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- La aplicación terapéutica de enfermería.
- El gráfico de constantes.
- El informe clínico de alta.

En este caso no tiene por qué existir el informe de urgencias, ya que nuestro paciente ha ingresado de forma programada que es lo habitual en caso de hipertrofia benigna de próstata.

En caso de que G.L.P. no hubiera querido aceptar el tratamiento que le ha sido propuesto, deberá firmar el alta voluntaria, con el “enterado” del médico asumiendo así la responsabilidad de los posibles problemas que pudieran surgir.

Por último, vamos a situar nuestra historia en el archivo clínico siguiendo el sistema de doble dígito terminal:

NHC: 0387

Estará situado en la Sección 87 y Subsección 03.