

Código de la Tabla de Valoración (CACM):	TV – 73
Código del Estudio de Identificación y Valoración (CACM):	EIV – 2022/0005
Código del Estudio de Identificación y Valoración (proponente):	CTD/2022/0002

I. IDENTIFICACIÓN

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA SERIE

Código de la serie	Orgánico:	
	Funcional:	

Denominación vigente	Historias clínicas		
Denominaciones anteriores / Otras denominaciones			
Fecha inicial	1983	Fecha final	Actualidad

2. PROCEDENCIA Y FECHAS DE CREACIÓN Y EXTINCIÓN

Organismo	Unidad Administrativa	Función	Fecha de creación	Fecha de extinción	Disposición(es) legal(es)
Consejería de Sanidad	Centros sanitarios	Recopilar los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo de sus procesos asistenciales			

3. OBSERVACIONES

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, recoge en su artículo 17.1 que “los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial”.

La normativa estatal no contempla unos requisitos específicos sobre cómo puede realizarse la sustitución de soporte, como tampoco la posibilidad de la conservación a largo plazo o más allá del tiempo de uso para el que fueron creadas las historias clínicas, salvo en determinados casos:

- El apartado 1 del artículo 17 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre señala que “los datos de la historia clínica relacionados con el nacimiento del paciente, incluidos los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas que en su caso resulten necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre” se deberán transferir, “una vez conocido el fallecimiento del paciente, a los archivos definitivos de la Administración correspondiente, donde se conservarán con las debidas medidas de seguridad a los efectos de la legislación de protección de datos”.
- El apartado 2 del mismo artículo señala que “la documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente (...), cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud”.
- También deberá conservarse la documentación clínica generada en los servicios de Medicina Nuclear y Radioterapia durante el período de treinta años que se prevé en el artículo 15 del [Real Decreto 1841/1997, de 5 de diciembre](#), por el que se establecen los criterios de calidad en medicina nuclear, y en el artículo 17 del [Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio](#), por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia
- Finalmente, la [Orden 2095/2006, de 30 de noviembre](#), del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regulan los requisitos técnico-sanitarios y de apertura y funcionamiento de los Centros de Diagnóstico de

Anatomía Patológica en la Comunidad de Madrid, dispone que los informes de anatomía patológica deberán conservarse durante 10 años.

Este estudio se ha realizado a partir de la normativa vigente y de la documentación custodiada en los centros asistenciales.

II. PROCEDIMIENTO

1. DATOS GENERALES DEL (DE LOS) PROCEDIMIENTO(S) TIPO DE LA SERIE DOCUMENTAL

Función de la serie	Recopilar los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo de sus procesos asistenciales ¹ .	
¿Existe más de un procedimiento?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Relación de procedimientos <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
Nº de procedimiento	Denominación	Descripción
1	Gestión de la historia clínica	Conjunto de acciones destinadas a organizar la información generada en la atención sanitaria a un paciente en una historia clínica única, para su utilización por los usuarios definidos de un determinado centro o sistema asistencial

2. PROCEDIMIENTO(S) DEL EXPEDIENTE TIPO

A) Datos específicos del(de los) procedimiento(s) de la serie documental:

	Nº de procedimiento	1
Denominación del procedimiento	Gestión de la historia clínica	
Resumen del procedimiento	<p>Conjunto de acciones destinadas a organizar toda la información que se genera en la atención sanitaria a un paciente y en la gestión relacionada con dicha atención, en una historia clínica única del paciente, facilitando su utilización por los distintos usuarios definidos por un determinado centro o sistema asistencial². Según el tipo de estas acciones, se pueden diferenciar las siguientes categorías de información:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Información de atención médica y de enfermería. 2. Información de pruebas complementarias (de diagnóstico y de laboratorio). 3. Información de derechos del paciente. 4. Información de trabajo social-sanitario. 	

¹ Conjunto de actos clínicos llevadas a cabo por el centro, servicio o establecimiento sanitario con la finalidad de atender las necesidades sanitarias de una persona. Se consideran a efectos de este EIV de manera uniforme los distintos procesos asistenciales relativos a atención primaria, atención de urgencias, atención en consultas, hospitalización, tratamientos quirúrgicos, tratamientos específicos, procesos ambulatorios, apoyo diagnóstico... con independencia del tipo de centro, servicio o establecimiento sanitario.

² Aunque en la actualidad nuestro Sistema Nacional de Salud pretende la creación de historias clínicas únicas, se pueden diferenciar dos clases generales de historias clínicas, según procedan de atención primaria o atención hospitalaria:

- En el caso de la atención primaria, la historia clínica refleja la atención continuada al paciente.
- En la atención hospitalaria, la historia clínica hace un seguimiento fragmentado en episodios de hospitalización o al seguimiento continuado en pacientes con enfermedades crónicas.

Observaciones sobre el procedimiento	El proceso señalado no es propiamente el procedimiento que rige la forma de llevar a cabo una actividad concreta, sino un proceso continuo de recopilación de la información que testimonia distintas acciones que responden a una misma finalidad (la atención sanitaria) llevadas a cabo a lo largo del tiempo y referidas a una misma persona (el paciente). Se han diferenciado como actividades dentro de este proceso las distintas categorías de información antes señaladas.
---	--

Actividades del procedimiento		
Nº de actividad	Denominación	Descripción
1	Información de atención médica y de enfermería	Información sobre el conjunto de atenciones y ayudas que se proporcionan a los pacientes en caso de enfermedad por parte del personal médico y de enfermería.
2	Información de pruebas complementarias	Información sobre las pruebas complementarias a la atención médica. Se puede diferenciar entre: <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas diagnósticas: cualquier proceso que pretenda determinar en un paciente la presencia de cierta condición, supuestamente patológica, no susceptible de ser observada directamente (pruebas de imagen, pruebas endoscópicas, anatomía patológica). - Pruebas de laboratorio o análisis clínicos: suelen ser análisis químicos o biológicos de muestras, generalmente de fluidos corporales.
3	Información de derechos del paciente	Información relativa al ejercicio de los derechos del paciente, entre los que se encuentran el alta voluntaria y el consentimiento informado.
4	Información de trabajo social-sanitario	Información relativa al estudio y tratamiento de los factores sociales que condicionan la salud individual, familiar y comunitaria.

B) Documentos que conforman el (los) procedimiento(s) de la serie documental³:

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

		Nº de orden del documento	1
Documento	Hojas de biografía sanitaria o de datos generales		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
Unidad o persona responsable	Personal sanitario		

³ Se recogen como documentos sustanciales únicamente los calificados como contenido mínimo de la historia clínica en el artículo 15.2 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 y en [Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre](#), por el que se aprueba el conjunto de datos de informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Trámite u operación que realiza	Recoger la información fundamental del paciente: antecedentes familiares y personales, hábitos de salud, datos socioeconómicos, culturales y laborales, etc. Dentro de este grupo se incluyen las hojas pediátricas , con información sobre el embarazo y parto, lactancia, vacunaciones, desarrollo psicomotor, etc.		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
Otros <input type="checkbox"/>	<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>		
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

Nº de orden del documento		2
Documento	Hoja de evolución	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable	Personal sanitario	
Trámite u operación que realiza	En atención primaria, describir los datos más relevantes que se generan en la atención al paciente. En atención hospitalaria, recopilar los cambios significativos en la situación del paciente, modificaciones en el diagnóstico y motivos para cambios en el plan terapéutico, resultados relevantes de las pruebas complementarias, etc. Las anotaciones van con la firma del facultativo responsable y la fecha en las que se escriben.	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/>	<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>	
¿El documento generado está reproducido o publicado por	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de</i>	

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

otra Unidad diferente a la del trámite?	<i>haber seleccionado "Sí"</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

Nº de orden del documento		3
Documento	Lista de problemas	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable	Personal sanitario	
Trámite u operación que realiza	Recoger un listado numerado y ordenado cronológicamente de los problemas de salud del paciente.	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>	
	Otros <input type="checkbox"/>	
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>		
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

Nº de orden del documento		4
Documento	Hoja de seguimiento	
Tradición documental	Original	

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Documento sustancial	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable	Personal sanitario	
Trámite u operación que realiza	<p>Cuando se refieren a adultos o ancianos, recoger el seguimiento de las revisiones programadas en atención primaria (presión arterial, hábitos de vida, obesidad, diabetes, colesterolemia, etc.).</p> <p>Existen también hojas de seguimiento de embarazos en atención primaria. El documento se inicia en la primera visita de la mujer recogiendo la información de la historia clínica con la finalidad de valorar el estado general de la gestante e identificar posibles factores de riesgo. Se actualiza en cada visita de seguimiento.</p>	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/>		
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>		
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

		Nº de orden del documento	5
Documento	Hoja de interconsulta		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		➤ Informe de respuesta del servicio consultado
Unidad o persona responsable	Personal sanitario médico		
Trámite u operación que realiza	Trasladar la petición motivada de derivación de la atención primaria a consultas especializadas, o desde la atención hospitalaria a otra consulta u otro servicio o unidad hospitalaria distinta, así como el informe de respuesta del servicio consultado.		
Plazo (si hay)			

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>		
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>			
<hr/>			
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

Nº de orden del documento		6	
Documento	Informe clínico de consulta externa		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Otros documentos que acompañan	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
	➤ Informe de respuesta del servicio consultado		
Unidad o persona responsable	Personal sanitario médico		
Trámite u operación que realiza	Informar sobre antecedentes (enfermedades familiares hereditarias, enfermedades previas, antecedentes neonatales, obstétricos y quirúrgicos, alergias, hábitos tóxicos, actuaciones preventivas, medicación previa, situación funcional, antecedentes sociales y profesionales), historia actual, exploración física, resumen de pruebas complementarias (laboratorio, imagen, otras), evolución y comentarios, diagnóstico principal, otros diagnósticos y tratamiento.		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>		
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>			
<hr/>			
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

Nº de orden del documento		7
Documento	Hoja clínico-estadística	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable	Personal sanitario	
Trámite u operación que realiza	Resumir los datos administrativos y clínicos del episodio asistencial, con la información del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria.	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/>	<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i> _____	
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

Nº de orden del documento		8
Documento	Autorización de ingreso	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable	Personal sanitario médico	

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Trámite u operación que realiza	Necesario para ingresar al paciente. El médico responsable lo solicita, indicando el motivo, y el paciente accede a ser hospitalizado. Además, sirve para que el paciente autorice la realización de medidas diagnósticas y terapéuticas habituales que no precisen del consentimiento informado expreso.		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
Otros <input type="checkbox"/>			
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>			
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

Nº de orden del documento		9
Documento	Informe de urgencia	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable	Personal sanitario médico	
Trámite u operación que realiza	En los casos en los en que un paciente es atendido en Urgencias, resume la asistencia urgente y se incorpora a la historia si el paciente es ingresado; si no es ingresado, suele archivar en el Servicio de Urgencias.	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/>		
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>		
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo	

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

	<i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
--	--	--

Nº de procedimiento 1
Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1
Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

		Nº de orden del documento	10
Documento	Parte de lesiones (Protocolo de malos tratos)		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
Unidad o persona responsable	Personal sanitario médico		
Trámite u operación que realiza	Identificar al facultativo, institución donde se presta la asistencia y al lesionado y describir pormenorizadamente las lesiones. También debe indicar fecha y hora.		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>		
	<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i> _____		
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1
Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1
Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

		Nº de orden del documento	11
Documento	Anamnesis y/o exploración física		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Otros documentos que acompañan	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
Unidad o persona responsable	Personal sanitario		
Trámite u operación que realiza	Recoger los datos de la entrevista inicial al paciente (motivo de consulta, datos de la enfermedad actual, antecedentes familiares y personales, etc.) y los de la exploración completa y detallada. Suelen incluir el juicio diagnóstico provisional y el plan inicial del tratamiento. Pueden emplearse uno o dos documentos.		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
Otros <input type="checkbox"/>	<i>Indíquense el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>		
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

Nº de orden del documento		12	
Documento	Órdenes médicas u órdenes de tratamiento		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
Unidad o persona responsable	Personal sanitario médico		
Trámite u operación que realiza	Recoger, con fecha y firma, las indicaciones terapéuticas prescritas por el médico. Indica la medicación (con dosis, frecuencia y vía de administración), la dieta o los sueros intravenosos y otras órdenes que deben cumplir los profesionales de enfermería.		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
Otros <input type="checkbox"/>	<i>Indíquense el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>		
	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

Nº de orden del documento		13	
Documento	Documento de control de transfusiones		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquese los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		➤ Resultados analítica de sangre (valores y grupo sanguíneo)
Unidad o persona responsable	Personal sanitario		
Trámite u operación que realiza	Controlar la trazabilidad de las unidades distribuidas (identificación del facultativo, justificación del tratamiento, identificación del paciente, identificación de las pruebas pretransfusionales y de los componentes sanguíneos y destino final de cada unidad distribuida).		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel	<input checked="" type="checkbox"/>	Formato ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico	<input checked="" type="checkbox"/>	
Otros	<input type="checkbox"/>		
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i> _____			
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Nº de orden del documento		14
Documento	Informe de anestesia	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable	Personal sanitario médico	
Trámite u operación que realiza	Recoger la información proporcionada por el anestesista sobre la valoración del paciente previa a la operación y sobre su actividad durante la intervención quirúrgica y posoperatorio.	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/>		
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>		
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

Nº de orden del documento		15
Documento	Informe de quirófano o de registro del parto	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable	Personal sanitario	
Trámite u operación que realiza	Recoger la información detallada de la operación quirúrgica, con los datos del personal que interviene, la intervención realizada con su protocolo, incidencias y hallazgos importantes, etc. De igual modo, el registro del parto recoge la información relacionada con el parto.	
Plazo (si hay)		

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>		
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>			
<hr/>			
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

Nº de orden del documento		16
Documento	Informe clínico de atención primaria	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable		Personal sanitario médico
Trámite u operación que realiza	Informar sobre antecedentes (enfermedades familiares hereditarias, enfermedades previas, antecedentes neonatales, obstétricos y quirúrgicos, alergias, hábitos tóxicos, actuaciones preventivas, medicación previa, situación funcional, antecedentes sociales y profesionales), resumen de pruebas complementarias (laboratorio, imagen, otras), resumen de episodios atendidos, evolución y comentarios, diagnóstico, procedimientos y tratamiento.	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>	
	Otros <input type="checkbox"/>	
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>		
<hr/>		
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

		Nº de orden del documento	17
Documento	Informe clínico de alta		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		➤ Informe de enfermería al alta ⁴
Unidad o persona responsable	Personal sanitario médico		
Trámite u operación que realiza	Declarar el alta hospitalaria y resumir la atención sanitaria recibida, al finalizar cada episodio asistencial de un paciente.		
Plazo (si hay)	Atención Hospitalaria		
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>	Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros": _____	
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

		Nº de orden del documento	18
Documento	Tarjeta de implantación		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>

⁴ Recoge la valoración de necesidades o problemas de salud, los diagnósticos de enfermería y los cuidados que necesita el paciente cuando abandona el hospital; se entrega una copia al paciente.

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Otros documentos que acompañan	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
Unidad o persona responsable	Personal sanitario médico		
Trámite u operación que realiza	Identificación del producto y del paciente al que se le ha implantado (nombre y modelo del producto, el número de lote o número de serie, el nombre y dirección del fabricante, el nombre del centro sanitario donde se realizó la implantación y la fecha de la misma, así como la identificación del paciente –documento nacional de identidad, pasaporte-).		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>	Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros": _____	
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

		Nº de orden del documento	19
Documento	Parte interno de defunción		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Otros documentos que acompañan	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		➤ Informe de enfermería al alta ⁵
Unidad o persona responsable	Personal sanitario médico		
Trámite u operación que realiza	Declarar las causas, fecha y hora de la muerte de un paciente.		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>	Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros": _____	

⁵ Recoge la valoración de necesidades o problemas de salud, los diagnósticos de enfermería y los cuidados que necesita el paciente cuando abandona el hospital; se entrega una copia al paciente.

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

		Nº de orden del documento	20
Documento	Valoración de enfermería		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
Unidad o persona responsable	Personal sanitario enfermero		
Trámite u operación que realiza	Recoger, de forma ordenada y completa, los datos de la valoración inicial de enfermería, organizados bien por necesidades humanas, bien por patrones funcionales de salud.		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
Otros <input type="checkbox"/>			
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i> _____			
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

	Nº de orden del documento	21
--	---------------------------	----

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Documento	Evolución y planificación de cuidados de enfermería		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
Unidad o persona responsable	Personal sanitario enfermero		
Trámite u operación que realiza	Recopilar los diagnósticos de enfermería y el plan de cuidados del paciente, así como la administración de dichos cuidados (con fecha, a veces hora y firma) con las respuestas del paciente a los cuidados y las incidencias observadas. Algunos hospitales usan dos documentos: planificación de cuidados y evolución de enfermería.		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
Otros <input type="checkbox"/>			
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>			
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

		Nº de orden del documento	22
Documento	Informe de cuidados de enfermería		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
Unidad o persona responsable	Personal sanitario enfermero		
Trámite u operación que realiza	Informar sobre el proceso asistencial: antecedentes y entorno (enfermedades previas, intervenciones quirúrgicas, alergias, tratamiento farmacológico, actuaciones preventivas, factores personales, familiares, culturales y laborales destacables, diagnósticos enfermeros resueltos y protocolos asistenciales en los que está incluido el paciente) y valoración activa (valoración más reciente,, diagnósticos enfermeros activos, resultados, intervenciones de enfermería,		

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

	cuidador principal e información complementaria –presencia de catéteres, prótesis, dietas, etc.-).		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>	Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":	

¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

		Nº de orden del documento	23
Documento	Aplicación terapéutica de enfermería		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
Unidad o persona responsable	Personal sanitario enfermero		
Trámite u operación que realiza	Registrar la administración de medicamentos (y otras prescripciones médicas) con los detalles (medicamento o tratamiento, dosis, vía, fecha y hora) y las incidencias que se presenten. Debe constar la identidad del enfermero que la realiza. En algunos hospitales este documento se denomina administración de tratamientos o de medicación.		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>	Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":	

¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo		

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

	<i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
--	--	--

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

		Nº de orden del documento	24
Documento	Gráfico de constantes		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	<i>Relación de los documentos (indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
Unidad o persona responsable	Personal sanitario enfermero		
Trámite u operación que realiza	Registrar, habitualmente tres veces al día, de las constantes vitales del paciente (pulso, temperatura, presión arterial, frecuencia respiratoria) y otros datos de seguimiento como diuresis, balance hídrico, aporte dietético, peso, etc., útiles en el control de la evolución del paciente. En unidades especiales en las que se necesita un control más exhaustivo y frecuente de los pacientes, como la UCI o REA, hay documentos especiales para anotar constantes de forma más pormenorizada y frecuente (registro horario).		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>	<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>	
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	<i>Unidad diferente a la del trámite (indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	<i>Relación de la documentación de apoyo (indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 2

Denominación de la actividad Información de pruebas complementarias

		Nº de orden del documento	1
Documento	Tabla resumen de analíticas y otras exploraciones		

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
Unidad o persona responsable	Atención Primaria/Atención Hospitalaria		
Trámite u operación que realiza	Resume los resultados de pruebas o exámenes complementarios de laboratorio y pruebas especiales realizadas al paciente.		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
Otros <input type="checkbox"/>			
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>			
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 2

Denominación de la actividad Información de pruebas complementarias

		Nº de orden del documento	2
Documento	Informes de pruebas de laboratorio		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
Unidad o persona responsable	Personal sanitario		
Trámite u operación que realiza	Explica los resultados de pruebas o exámenes complementarios de laboratorio y pruebas especiales realizadas al paciente.		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
Otros <input type="checkbox"/>			
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>			

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	

Nº de procedimiento 1
Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 2
Denominación de la actividad Información de pruebas complementarias

Nº de orden del documento		3
Documento	Informes de exploraciones complementarias	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable	Personal sanitario	
Trámite u operación que realiza	Recoge los resultados relevantes de las exploraciones complementarias, que pueden ser de diversos tipos: de laboratorio, de imagen para el diagnóstico, de endoscopias, etc.	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>	
	Otros <input type="checkbox"/>	
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i> _____		
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	

Nº de procedimiento 1
Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 2
Denominación de la actividad Información de pruebas complementarias

Nº de orden del documento	4
----------------------------------	---

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Documento	Informes de anatomía patológica y citologías		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
Unidad o persona responsable	Personal sanitario		
Trámite u operación que realiza	Contiene el diagnóstico que se determinó mediante el análisis de células y tejidos en un microscopio.		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
Otros <input type="checkbox"/>			
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>			
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 2

Denominación de la actividad Información de pruebas complementarias

Nº de orden del documento		5
Documento	Informes de resultados de pruebas de imagen	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable	Personal sanitario	
Trámite u operación que realiza	Contiene el diagnóstico que se determinó mediante interpretación de las pruebas de imagen (radiografía, tac, resonancia magnética, etc.)..	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/>		
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>		

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	

Nº de procedimiento 1
Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 3
Denominación de la actividad Información de derechos del paciente

Nº de orden del documento		1
Documento	Consentimiento informado	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable	<input type="checkbox"/> Personal sanitario <input type="checkbox"/> Paciente	
Trámite u operación que realiza	Atestigua 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.	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/>		
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>		
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	

Nº de orden del documento		2
Documento	Hoja de rechazo de tratamiento	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable	— Personal sanitario — Paciente	
Trámite u operación que realiza	Atestigua la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades de no recibir el tratamiento prescrito.	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/>		
	<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i> _____	
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 3

Denominación de la actividad Información de derechos del paciente

Nº de orden del documento		3
Documento	Solicitudes de prestación de ayuda para morir	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable	— Personal sanitario — Paciente	
Trámite u operación que realiza	Manifiesta por escrito la voluntad inequívoca de quien lo solicita de recibir prestación de ayuda para morir. Ha de quedar constancia de quien lo firma y en qué fecha; además, deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario quien lo rubricará. Habrá dos solicitudes con un intervalo de 15 días entre ellas.	
Plazo (si hay)	15 días para la segunda solicitud.	
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>	
	Otros <input type="checkbox"/>	

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

	<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>	

¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	

Nº de procedimiento 1
Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 3
Denominación de la actividad Información de derechos del paciente

Nº de orden del documento		4
Documento	Informe del médico consultor para la prestación de ayuda a morir	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable	Personal sanitario	
Trámite u operación que realiza	El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá elaborar un informe en el que corrobore el cumplimiento de las condiciones establecidas en la legislación.	
Plazo (si hay)	- Elaboración: 10 días naturales desde la segunda solicitud - Comunicación al paciente: 24 horas desde la elaboración.	
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/>		
	<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>	

¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	

Nº de procedimiento 1
Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 3

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Denominación de la actividad Información de derechos del paciente

Nº de orden del documento		5
Documento	Consentimiento informado previo a la prestación de ayuda para morir	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable	<input type="checkbox"/> Personal sanitario <input type="checkbox"/> Paciente	
Trámite u operación que realiza	Atestigua 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 la prestación de ayuda a morir.	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/>		
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>		
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 3

Denominación de la actividad Información de derechos del paciente

Nº de orden del documento		6
Documento	Alta voluntaria	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
Unidad o persona responsable	<input type="checkbox"/> Personal sanitario <input type="checkbox"/> Paciente	
Trámite u operación que realiza	Dar testimonio del ejercicio por parte del paciente de su derecho al abandono voluntario del hospital, así como de su asunción de responsabilidad de los posibles problemas que pudieran surgir ante ello.	
Plazo (si hay)		

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>	Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros": _____	
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Información de atención médica y de enfermería

Nº de orden del documento		7	
Documento	Alta forzosa		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
Unidad o persona responsable	— Dirección del centro		
Trámite u operación que realiza	En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente la firma del alta voluntaria. La dirección del centro, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa.		
Plazo (si hay)	Atención Hospitalaria		
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>	Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros": _____	
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Nº de procedimiento 1

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

Denominación del procedimiento GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº de actividad 4

Denominación de la actividad Información de trabajo social-sanitario

		Nº de orden del documento		1
Documento	Informe social			
Tradición documental	Original			
Documento sustancial	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>			
Unidad o persona responsable	Personal socio-sanitario			
Trámite u operación que realiza	Refleja en síntesis la situación objeto, valoración, dictamen técnico y propuesta de intervención del profesional del trabajo social, recogida a partir de la observación y la entrevista.			
Plazo (si hay)				
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Informativo/Electrónico	<input checked="" type="checkbox"/>	Formato ➤ Diversos formatos de papel. ➤ Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma.
	Otros <input type="checkbox"/>			
	<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i> _____			
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>			
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>			

3. LEGISLACIÓN

A) General:

Rango	Disposición	Fecha de aprobación	Fecha de publicación	Boletín	Nº	Boletín corr. err.	Nº

B) Específica:

Rango	Disposición	Fecha de aprobación	Fecha de publicación	Boletín	Nº	Boletín corr. err.	Nº
Real Decreto	Real Decreto 1018/1980, de 19 de mayo , por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Médica colegial y del Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos	19/05/1980	28/05/1980	BOE	128		

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 73
EIV – 2022/0005

Consejería de Cultura, Turismo y Deporte
Historias clínicas

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Orden	Orden de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta	06/09/1984	14/09/1984	BOE	221		
Ley	Ley 14/1986, de 25 de abril , General de Sanidad	25/04/1986	29/04/1986	BOE	102		
Real Decreto	Real Decreto 1841/1997, de 5 de diciembre , por el que se establecen los criterios de calidad en medicina nuclear	05/12/1997	19/12/1997	BOE	303		
Real Decreto	Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio , por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia	17/07/1998	28/08/1998	BOE	206		
Ley	Ley 41/2002, de 14 noviembre , básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica	14/11/2002	15/11/2002	BOE	274		
Resolución	Resolución de 30 de julio de 2004 , de la Dirección de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, por la que se aprueba la Recomendación 2/2004, sobre custodia, archivo y seguridad de los datos de carácter personal de las historias clínicas no informatizadas (BOCM de 12 de Agosto de 2004)	30/07/2004	12/08/2004	BOCM	191		
Real Decreto	Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre , por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión	16/09/2005	20/09/2005	BOE	225		
Orden	Orden 2095/2006, de 30 de noviembre , del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regulan los requisitos técnico-sanitarios y de apertura y funcionamiento de los Centros de Diagnóstico de Anatomía Patológica en la Comunidad de Madrid	30/11/2006	21/12/2006	BOCM	303		
Real Decreto	Real Decreto 1616/2009, de 26 de octubre , de 26 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios implantables activos	26/10/2009	06/11/2009	BOE	268		
Ley	Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo , de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo	03/03/2010	04/03/2010	BOE	55		
Real Decreto	Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre , por el que se aprueba el conjunto de datos	03/09/2010	16/09/2010	BOE	225		

	de informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud						
Ley Orgánica	Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo , de regulación de la eutanasia	24/03/2021	25/03/2021	BOE	72		

III. DATOS ARCHIVÍSTICOS

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA SERIE

Serie abierta	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Serie descrita	Sí (totalmente) <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí (parcialmente) <input type="checkbox"/>
Tipología de la serie	Serie común <input checked="" type="checkbox"/>	Serie específica <input type="checkbox"/>

2. ORDENACIÓN

Ordenación numérica
 Ordenación cronológica
 Ordenación alfabética: *Onomástica* *Por Materias* *Geográfica*
 Otra: _____

Observaciones: _____

3. NIVEL DE DESCRIPCIÓN

Por unidad de instalación Por unidad documental

Observaciones: _____

4. VOLUMEN Y CRECIMIENTO

	Nº unidades de instalación	Metros lineales	Fechas extremas	Volumen de transferencias anuales
ARCHIVO DE OFICINA				
ARCHIVO CENTRAL				
ARCHIVO INTERMEDIO				
ARCHIVO HISTÓRICO				

	Nº unidades de instalación	Metros lineales
CRECIMIENTO ANUAL		

5. FRECUENCIA ANUAL DE USO

	Oficina	Ciudadano	Investigación
ARCHIVO DE OFICINA			
ARCHIVO CENTRAL			

ARCHIVO INTERMEDIO			
ARCHIVO HISTÓRICO			

6. SOPORTE

Papel Electrónico

Características físicas y lógicas (formatos): Papel en diversos formatos; Ficheros de texto e imagen y de autenticación y firma, soportes fotográficos, etc.

7. SERIES Y DOCUMENTACIÓN RELACIONADAS

A) Series relacionadas:

Nombre de la Serie	Organismo	Unidad Administrativa	Observaciones
Informes asistenciales			
Informes de pruebas			
Registro de listas de espera			

B) Documentación relacionada:

Denominación	Organismo	Unidad Administrativa	Observaciones
Sistema de citación y registro de prestaciones			
Sistema de información de gestión de la hospitalización ⁶			
Sistema de gestión de las historias clínicas			

C) Series o documentación relacionadas que recopilan datos cuantitativos o resúmenes de información contenida en la serie documental objeto de estudio:

¿Recopilan datos cuantitativos o resúmenes de información?	Tipo		Nombre o denominación	
	Sí	No		Serie
X			X	Sistema de gestión de las historias clínicas

IV. VALORACIÓN

1. VALORES

A) Valores primarios

Sí/No	Plazo	Justificación/Legislación

⁶ Sistema de información específico para la gestión del área de hospitalización, que permite conocer y verificar, como mínimo:

- Situación de las camas de hospitalización por unidades de enfermería y servicio clínico asignado (censo de camas)
- Pacientes ingresados en el área de hospitalización (censo de pacientes)
- Registro de los movimientos de pacientes (ingresos, altas y traslados)
- Registro de la actividad programada (ingresos y altas previstos)

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Administrativo:	Sí	5 años/ 10 años/ 30 años/ Indefinido	<p>De acuerdo con el artículo 17.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, la documentación clínica deberá conservarse como mínimo <u>cinco años</u> contados <u>desde la fecha del alta de cada proceso asistencial o desde el fallecimiento del paciente</u>, con las excepciones que indique la Ley.</p> <p>La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo dispone en su artículo 23 que los centros que hayan procedido a una interrupción voluntaria del embarazo deberán cancelar de oficio la totalidad de los datos de la paciente una vez transcurridos <u>cinco años</u> desde la <u>fecha de alta</u> de la intervención.</p> <p>Por lo que se propone un plazo de 5 años para el valor administrativo de estos documentos, a contar desde el fallecimiento del paciente o desde la última actuación.</p> <p>En cuanto a los informes de anatomía patológica se conservarán durante un periodo de <u>10 años</u> (artículo 18. f) de la Orden 2095/2006, de 30 de noviembre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regulan los requisitos técnico-sanitarios y de apertura y funcionamiento de los Centros de Diagnóstico de Anatomía Patológica en la Comunidad de Madrid).</p> <p>Por su parte, la documentación clínica generada en los servicios de Medicina Nuclear y Radioterapia deberá conservarse por un periodo de <u>treinta años</u> (artículo 15 del Real Decreto 1841/1997, de 5 de diciembre y artículo 17 del Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio).</p> <p>Por lo tanto, se propone una vigencia del valor administrativo de 30 años para este tipo de documentación.</p> <p>Y también <u>se conservarán</u> los datos de la historia clínica relacionados con el nacimiento del paciente, incluidos los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas que puedan necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre.</p> <p>En este último caso, la vigencia de este plazo es imposible de determinar; en consecuencia se propone un plazo indefinido.</p>
Contable:	No		
Fiscal:	No		
Jurídico:	Sí	5 años/ 10 años/ 30 años/ Indefinido	<p>Como dispone el artículo 17.2 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, esta se conservará a efectos judiciales atendiendo a la legislación vigente.</p> <p>Por su parte, el artículo 32.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece que las infracciones en materia de sanidad serán objeto de sanción administrativa sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o penales.</p> <p>Por todo lo expuesto, se proponen los mismos plazos de vigencia, atendiendo a los distintos tipos documentales, que para el valor administrativo.</p>

B) Valores secundarios

Sí/No	Justificación/Legislación
-------	---------------------------

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Informativo:	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>La información que recogen los documentos de la serie documental es única y/o no se puede encontrar en otras series documentales o documentación relacionada</p> <p>La información clínica <u>deberá conservarse</u> cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Y también <u>se conservarán</u> los datos de la historia clínica relacionados con el nacimiento del paciente, incluidos los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas que puedan ser necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre.</p>																														
Histórico:	Sí	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 60%;">INFORMACIÓN RECOGIDA EN LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA SERIE DOCUMENTAL</th> <th style="width: 35%;">JUSTIFICACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Origen y evolución de la institución</td> <td>Pueden aportar información interesante sobre la organización y funcionamiento del sistema sanitario.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Procesos de elaboración de normativa</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Permite valorar impacto o eficacia de las actividades de la institución</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Datos significativos de personas, acontecimientos o lugares</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Datos significativos sobre ciencias y técnicas</td> <td>Son fundamentales para la investigación científica</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Datos para el análisis estadístico</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Datos significativos sobre acontecimientos relevantes</td> <td>Son fundamentales para el estudio de las epidemias</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Completa información de otras series de conservación permanente</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Otra (indíquese)</td> <td>Además, de los documentos que sirvan para la elaboración de estudios histórico-científicos (razones epidemiológica, investigación y organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud), también se conferirá este valor a los documentos conservados como muestra.</td> </tr> </tbody> </table>			INFORMACIÓN RECOGIDA EN LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA SERIE DOCUMENTAL	JUSTIFICACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	Origen y evolución de la institución	Pueden aportar información interesante sobre la organización y funcionamiento del sistema sanitario.	<input type="checkbox"/>	Procesos de elaboración de normativa		<input type="checkbox"/>	Permite valorar impacto o eficacia de las actividades de la institución		<input type="checkbox"/>	Datos significativos de personas, acontecimientos o lugares		<input checked="" type="checkbox"/>	Datos significativos sobre ciencias y técnicas	Son fundamentales para la investigación científica	<input type="checkbox"/>	Datos para el análisis estadístico		<input checked="" type="checkbox"/>	Datos significativos sobre acontecimientos relevantes	Son fundamentales para el estudio de las epidemias	<input type="checkbox"/>	Completa información de otras series de conservación permanente		<input checked="" type="checkbox"/>	Otra (indíquese)	Además, de los documentos que sirvan para la elaboración de estudios histórico-científicos (razones epidemiológica, investigación y organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud), también se conferirá este valor a los documentos conservados como muestra.
	INFORMACIÓN RECOGIDA EN LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA SERIE DOCUMENTAL	JUSTIFICACIÓN																															
<input checked="" type="checkbox"/>	Origen y evolución de la institución	Pueden aportar información interesante sobre la organización y funcionamiento del sistema sanitario.																															
<input type="checkbox"/>	Procesos de elaboración de normativa																																
<input type="checkbox"/>	Permite valorar impacto o eficacia de las actividades de la institución																																
<input type="checkbox"/>	Datos significativos de personas, acontecimientos o lugares																																
<input checked="" type="checkbox"/>	Datos significativos sobre ciencias y técnicas	Son fundamentales para la investigación científica																															
<input type="checkbox"/>	Datos para el análisis estadístico																																
<input checked="" type="checkbox"/>	Datos significativos sobre acontecimientos relevantes	Son fundamentales para el estudio de las epidemias																															
<input type="checkbox"/>	Completa información de otras series de conservación permanente																																
<input checked="" type="checkbox"/>	Otra (indíquese)	Además, de los documentos que sirvan para la elaboración de estudios histórico-científicos (razones epidemiológica, investigación y organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud), también se conferirá este valor a los documentos conservados como muestra.																															

V. ACCESO Y SEGURIDAD DE LOS DOCUMENTOS Y DE LA INFORMACIÓN

1. CONDICIONES GENERALES DE ACCESO A LA SERIE DOCUMENTAL

La serie es de acceso libre

La serie incluye contenidos susceptibles de protección (requiere solicitud de acceso)

Plazo en el que la serie será de acceso libre (<i>en años o meses</i>)	25 años desde la muerte de las personas afectadas
--	---

2. EL ACCESO A LA SERIE DOCUMENTAL ESTÁ AFECTADO O REGULADO POR NORMATIVA ESPECÍFICA

	RÉGIMEN	NORMA REGULADORA
<input type="checkbox"/>	Información ambiental	Ley 27/2006, de 18 de julio, por la que se regulan los derechos de acceso a la información, de participación pública y de acceso a la justicia en materia de medio ambiente (incorpora las Directivas 2003/4/CE y 2003/35/CE)
<input type="checkbox"/>	Información catastral	Real Decreto Legislativo 1/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Catastro Inmobiliario
<input type="checkbox"/>	Secreto censal	Ley Orgánica 5/1985, de 19 junio, del Régimen Electoral General
<input type="checkbox"/>	Secreto fiscal o tributario	Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria
<input type="checkbox"/>	Secreto estadístico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ley 12/1989, de 9 de mayo, de la Función Estadística Pública ▪ Ley 12/1995, de 21 de abril, de Estadística de la Comunidad de Madrid
<input checked="" type="checkbox"/>	Secreto sanitario	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad ▪ Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
<input type="checkbox"/>	Otro (<i>indíquese</i>)	
<input type="checkbox"/>	Materias clasificadas	Ley 9/1968, de 5 de abril, sobre Secretos Oficiales
		Órgano que efectuó la clasificación
		Referencia del acto de clasificación
		Documentos, informaciones o datos objeto de clasificación y grado o categoría de clasificación

3. CONTENIDOS SUJETOS A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE PUBLICIDAD

CONTENIDOS AFECTADOS	REFERENCIA NORMATIVA

4. CONTENIDOS SUSCEPTIBLES DE PROTECCIÓN

CONTENIDOS AFECTADOS	REFERENCIA NORMATIVA
Datos cuya divulgación puede afectar a intereses públicos (PU)	
Datos cuya divulgación pueda afectar a intereses privados (PR)	
Datos de carácter personal (DP)	<p>DP2 Datos sobre origen racial, salud y vida sexual:</p> <p>Información relacionada con el proceso asistencial y la estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público</p> <p>Datos personales de carácter clínico, que revelen el origen étnico o racial, datos genéticos, datos relativos a la salud</p> <p>Datos genéticos y biométricos.</p>
	<p>Ley 16/1985, de 25 de junio, del Patrimonio Histórico Español, art. 57.1.c</p> <p>Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, art. 10.3</p> <p>Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, art. 7.1, 16, 18</p>

	DP4 Otros datos de carácter personal susceptibles de protección	<p>Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, arts. 15.1 y 15.3</p> <p>Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), art. 9</p> <p>Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, art. 9</p>
--	---	---

5. MEDIDAS PROPUESTAS PARA FAVORECER EL ACCESO A EXPEDIENTES DE ACCESO RESTRINGIDO (POSIBILIDAD Y MODALIDAD DE DISOCIACIÓN DE DATOS O ACCESO PARCIAL)

Disociación de datos (ver el apartado Recomendaciones al gestor)

6. MEDIDAS ESPECÍFICAS DE SEGURIDAD REQUERIDAS POR LA SERIE DOCUMENTAL

MEDIDA PROPUESTA	REFERENCIA NORMATIVA

VI. SELECCIÓN

1. SELECCIÓN

A) Selección de la serie:

Conservación Permanente (CP):

Eliminación Parcial (EP):

Eliminación Total (ET):

B) Metodología de la selección y tipo de muestra:

Teniendo en cuenta que:

- La Historia Clínica puede contener documentación muy variada.
- Actualmente está en funcionamiento la *Historia Clínica Única*.

Se propone:

Metodología de la selección:

1. **Eliminar**, con carácter general, **la documentación** de las Historias Clínicas con más de **5 años de antigüedad, desde la fecha de fallecimiento del paciente o desde la última intervención**.
2. **Conservar el 1%** de las Historias Clínicas completas **con más de 5 años de antigüedad por año, desde la fecha de fallecimiento del paciente o de desde la última intervención** como muestra, con un máximo de 30 ejemplares.

3. **Eliminar los informes de anatomía patológica con más de 10 años de antigüedad.**
4. Conservar el 1% de los informes de anatomía patológica con más 10 años de antigüedad por año como muestra, con un máximo de 30 ejemplares.
5. **Eliminar la documentación producida por los Servicios de Medicina Nuclear y Radioterapia con más de 30 años de antigüedad.**
6. **Conservar el 1% de la documentación producida por los Servicios de Medicina Nuclear y Radioterapia con más de 30 años de antigüedad por año como muestra, con un máximo de 30 ejemplares.**
7. **Conservar permanente la documentación de interés por razones epidemiológicas, investigación y organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.**
8. **Conservar permanentemente los datos y las pruebas y análisis que permitan determinar la filiación entre madre e hijo.**
9. **Esta selección se aplicará tanto a la documentación original generada en soporte papel como electrónico.**
10. **Transcurridos los plazos indicados en el estudio, la documentación de conservación permanente se transferirá al Archivo Regional de la Comunidad de Madrid.**

Tipo de muestra:

Muestreo selectivo de tipo cronológico (Mu – S – C) y Probabilístico/Aleatorio (Mu – S - P/A).

- Alfabético (Mu – A)
- Cronológico (Mu –C)
- Numérico (Mu –N)
- Probabilístico / Aleatorio (Mu – P/A)
- Ejemplar (Mu – E)
- Otro (Mu – O)

Observaciones:

C) Plazos de eliminación:

	Plazo
EN ARCHIVO DE OFICINA	5 años ⁷
EN ARCHIVO CENTRAL	10 años ⁸
EN ARCHIVO INTERMEDIO	30 años

D) Soporte de sustitución:

- Sí No

Tipo de soporte	Fecha	Procedimiento

Se ha conservado la documentación original: Sí No

E) Plazos de permanencia:

	Plazo	Justificación
EN ARCHIVO DE OFICINA	-	El tiempo en que la Historia esté abierta.
EN ARCHIVO CENTRAL	5 años	Desde la fecha de cierre de la Historia Clínica:

⁷ Desde el fallecimiento del paciente o desde la intervención.

⁸ Los informes de anatomía patológica.

	10 años	<ul style="list-style-type: none"> — Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Historia Clínica) — Orden 2095/2006, de 30 de noviembre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regulan los requisitos técnico-sanitarios y de apertura y funcionamiento de los Centros de Diagnóstico de Anatomía Patológica en la Comunidad de Madrid (Informes de anatomía patológica)
EN ARCHIVO INTERMEDIO	25 años	<p>Documentos producidos por los Servicios de Medicina Nuclear y Radioterapia. Sumando los 5 años de la fase de archivo central y los 25 de la fase de archivo intermedio, se completa el plazo de conservación de 30 años establecido en la legislación:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Real Decreto 1841/1997, de 5 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en medicina nuclear. — Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio, por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia.

F) Observaciones:



VII. RECOMENDACIONES AL GESTOR

1. RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN EN MATERIA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA SERIE

- **Separación de los datos identificativos de los de carácter clínicoasistencial.** De acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínicoasistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos, o en los supuestos legalmente permitidos.
- **Control de los diferentes tipos documentales.** El sistema que gestione las historias clínicas debería poder identificar aquellos tipos documentales que por su naturaleza hayan de conservarse durante más tiempo que el preceptivo para el conjunto de la serie o subserie.
- **Medidas específicas de control de acceso.** Se ha de controlar que únicamente acceden a las historias clínicas los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones. Asimismo, el personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria. El sistema que gestione el acceso deberá dejar constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.

VIII. INFORME RESUMEN TÉCNICO – EJECUTIVO DE LA PROPUESTA DE VALORACIÓN

1. INFORME – Fundamentos históricos y/o técnico – jurídicos

El artículo 3 de la [Ley 41/2002, de 14 de noviembre](#), básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, define a la historia clínica como “*el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial*”.

Aunque en la actualidad nuestro Sistema Nacional de Salud ha abogado por la creación de historias clínicas únicas, tradicionalmente se han podido diferenciar dos clases generales de historias clínicas, según su procedencia:

- En el caso de la atención primaria, la historia clínica refleja la atención continuada al paciente.
- En la atención hospitalaria, la historia clínica hace un seguimiento fragmentado en episodios de hospitalización o al seguimiento continuado en pacientes con enfermedades crónicas.

En las historias clínicas se pueden diferenciar, por lo tanto, las siguientes categorías de información:

1. Información de atención médica y de enfermería: Información sobre el conjunto de atenciones y ayudas que se proporcionan a los pacientes en caso de enfermedad por parte del personal médico y de enfermería. Entre estos documentos se pueden encontrar:

- Hojas de biografía sanitaria o de datos generales.
- Hojas de evolución.
- Lista de problemas.
- Hoja de seguimiento.
- Hoja de interconsulta.
- Informe clínico de consulta externa.
- Hoja clínico-estadística.
- Autorización de ingreso.
- Informe de urgencia.
- Parte de lesiones (Protocolo de malos tratos).
- Anamnesis y/o exploración física.
- Órdenes médicas u órdenes de tratamiento.
- Documento de control de transfusiones.
- Informe de anestesia.
- Informe de quirófano o de registro de parto.
- Informe clínico de atención primaria.
- Informe clínico de alta.
- Tarjeta de implantación.
- Parte interno de defunción.
- Valoración de enfermería.
- Evolución y cuidados de enfermería.
- Informe de cuidados de enfermería.
- Aplicación terapéutica de enfermería.
- Gráfico de constantes.

2. Información de pruebas complementarias (de diagnóstico y de laboratorio): Información sobre las pruebas complementarias a la atención médica. Se puede diferenciar entre:

- Pruebas diagnósticas: cualquier proceso que pretenda determinar en un paciente la presencia de cierta condición, supuestamente patológica, no susceptible de ser observada directamente (pruebas de imagen, pruebas endoscópicas, anatomía patológica).
- Pruebas de laboratorio o análisis clínicos: suelen ser análisis químicos o biológicos de muestras, generalmente de fluidos corporales.

Entre estos documentos cabe destacar:

- Tabla resumen de analítica y otras exploraciones.
- Informes de pruebas de laboratorio.
- Informes de exploraciones complementarias.
- Informes de anatomía patológica y citologías.
- Informes de resultados de pruebas de imagen.

3. Información de derechos del paciente: Información relativa al ejercicio de los derechos del paciente, entre los que se encuentran destacan:

- Consentimiento informado.
- Hoja de rechazo de tratamiento.
- Solicitudes de ayuda para morir.

- Informe del médico consultor para la prestación de ayuda para morir.
- Consentimiento informado previo para la prestación de ayuda para morir.
- Alta voluntaria.
- Alta forzosa.

4. Información de trabajo social-sanitario: Información relativa al estudio y tratamiento de los factores sociales que condicionan la salud individual, familiar y comunitaria. Puede existir una Historia Social, pero la Historia Clínica sólo debería contener:

- Informe social.

Toda esta información se recoge en distintos tipos documentales establecidos en el artículo 15.2 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; en el Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión; en el Real Decreto 1616/2009, de 26 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios implantables activos; en Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto de datos de informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud; en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia y en el Real Decreto 1018/1980, de 9 de mayo, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos.

Por otra parte, 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, recoge en su artículo 17.1 que “los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial”.

La normativa estatal no contempla unos requisitos específicos sobre cómo puede realizarse la sustitución de soporte, como tampoco la posibilidad de la conservación a largo plazo o más allá del tiempo de uso para el que fueron creadas las historias clínicas, salvo en determinados casos:

- El apartado 1 del artículo 17 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre señala que “los datos de la historia clínica relacionados con el nacimiento del paciente, incluidos los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas que en su caso resulten necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre” se deberán transferir, “una vez conocido el fallecimiento del paciente, a los archivos definitivos de la Administración correspondiente, donde se conservarán con las debidas medidas de seguridad a los efectos de la legislación de protección de datos”.
- El apartado 2 del mismo artículo señala que “la documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente (...), cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud”.
- También deberá conservarse la documentación clínica generada en los servicios de Medicina Nuclear y Radioterapia durante el período de treinta años que se prevé en el artículo 15 del Real Decreto 1841/1997, de 5 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en medicina nuclear, y en el artículo 17 del Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio, por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia.
- Finalmente, la Orden 2095/2006, de 30 de noviembre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regulan los requisitos técnico-sanitarios y de apertura y funcionamiento de los Centros de Diagnóstico de Anatomía Patológica en la Comunidad de Madrid, dispone que los informes de anatomía patológica deberán conservarse durante 10 años.

Este estudio se ha realizado a partir de la normativa vigente y de la documentación custodiada en los centros asistenciales.

X. CONTROL

1. DATOS GENERALES DE CONTROL

Órgano proponente del Estudio de Identificación y Valoración:	Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Responsable del Estudio de Identificación y Valoración:	Mesa de Trabajo de Valoración de documentos de Hospitales Públicos y Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid
Archivo/s donde se ha llevado a cabo el trabajo de campo:	Centros sanitarios Subdirección General de Archivos y Gestión Documental de la Comunidad de Madrid.
Fechas extremas del período estudiado (aaaa – aaaa):	1980 -Actualidad
Fecha de realización (dd/mm/aaaa):	11/05/2022
Fecha de revisión (dd/mm/aaaa) (CACM):	

2. OBSERVACIONES