

MÓDULO

4

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Aprende a crear, gestionar y optimizar la documentación clínica para garantizar la calidad asistencial, la seguridad del paciente y el cumplimiento normativo.



GESTIÓN EFICIENTE

Organiza y estructura la información clínica de forma clara y accesible.



SEGURIDAD Y CALIDAD

Asegura la confidencialidad de los datos y mejora la calidad asistencial.



CUMPLIMIENTO NORMATIVO

Cumple con la legislación vigente y los estándares profesionales.



MEJORA CONTINUA

La buena documentación impulsa la continuidad asistencial y la toma de decisiones.

EN ESTE MÓDULO APRENDERÁS A:



Crear y estructurar historias clínicas completas.



Elaborar informes, evoluciones y registros de calidad.



Gestionar consentimientos informados y documentos legales.



Organizar y archivar la documentación de forma eficiente.



Utilizar herramientas digitales para la documentación clínica.



Auditar y mejorar la documentación de forma continua.



Una documentación clínica precisa y completa es la base de una *atención segura, ética y de calidad.*

4.1 ORGANIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Una organización adecuada de las historias clínicas garantiza un acceso rápido y seguro a la información, mejora la calidad asistencial y asegura el cumplimiento normativo y la confidencialidad de los datos del paciente.



BENEFICIOS CLAVE



OBJETIVO

Aprender a estructurar, clasificar y gestionar las historias clínicas de forma eficiente, segura y accesible, facilitando la continuidad asistencial y la toma de decisiones clínicas.



Acceso rápido a la información



Mayor seguridad y confidencialidad



Mejora de la calidad asistencial



Cumplimiento normativo



Eficiencia y ahorro de tiempo

PRINCIPIOS DE ORGANIZACIÓN



Estandarización

Utilizar estructuras y formatos uniformes para asegurar consistencia y claridad.



Orden y lógica

Organizar la información de manera lógica y secuencial para facilitar su localización.



Confidencialidad

Proteger los datos del paciente mediante controles de acceso y medidas de seguridad.



Actualización continua

Mantener la información actualizada y completa en todo momento.



Accesibilidad

Garantizar que la información esté disponible para quienes la necesitan, cuando la necesitan.

ESTRUCTURA DE UNA HISTORIA CLÍNICA

1



DATOS IDENTIFICATIVOS

Información básica del paciente: nombre, fecha de nacimiento, contacto, datos administrativos, nº de historia clínica.

2



ANTECEDENTES

Antecedentes personales, familiares, alergias, hábitos, enfermedades previas y medicación habitual.

3



EVALUACIÓN CLÍNICA

Motivo de consulta, anamnesis, exploración física, signos vitales y pruebas solicitadas.

4



DIAGNÓSTICO

Problemas de salud identificados y diagnósticos clínicos.

5



PLAN DE TRATAMIENTO

Tratamientos, medicación, indicaciones, recomendaciones y educación al paciente.

6



SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

Notas de evolución, resultados de pruebas, respuesta al tratamiento y ajustes realizados.

7



CIERRE Y RESUMEN

Resumen del episodio, plan a largo plazo, observaciones finales y cierre.

MÉTODOS DE CLASIFICACIÓN

POR ORDEN ALFABÉTICO



Ordenar por apellido o nombre del paciente.

Ideal para archivos físicos y digitales.

POR NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA



Asignar un número único e irrepetible a cada paciente.

Método universal y más utilizado en sistemas digitales.

POR FECHA DE CONSULTA



Ordenar por fecha de la última consulta o ingreso.

Útil para seguimiento cronológico.

BUENAS PRÁCTICAS

- ✓ Verificar la identidad del paciente antes de abrir la historia.
- ✓ Registrar la información de forma legible, clara y completa.
- ✓ Utilizar abreviaturas aceptadas y evitar siglas no estándar.
- ✓ Guardar los documentos en el lugar o sistema correspondiente.
- ✓ Realizar copias de seguridad de la información digital.
- ✓ Respetar siempre la confidencialidad y el acceso restringido.

ERRORES COMUNES

- ✗ Historias desorganizadas o con información incompleta.
- ✗ Documentación ilegible o con tachaduras.
- ✗ Uso excesivo de abreviaturas no definidas.
- ✗ No actualizar la información en tiempo real.
- ✗ Acceso no autorizado a la historia clínica.
- ✗ No seguir los protocolos establecidos.

RECUERDA



Una historia clínica bien organizada es la base de una atención segura, eficiente y centrada en el paciente. Tu organización hoy, es la calidad en la atención mañana.



HERRAMIENTAS DIGITALES PARA LA ORGANIZACIÓN



HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE)

Centraliza y organiza toda la información del paciente.



SISTEMAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Permiten clasificar, almacenar y recuperar documentos de forma segura.



ALMACENAMIENTO SEGURO

Copias de seguridad y acceso controlado en la nube.



AUDITORÍA Y TRAZABILIDAD

Registra quién accede, modifica o consulta la información.

IMPACTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA



- Mejora la continuidad asistencial.
- Reduce errores y duplicidad de pruebas.
- Facilita la comunicación entre profesionales.
- Aumenta la satisfacción del paciente.



IDEA CLAVE

Organizar las historias clínicas no es solo una tarea administrativa, es una responsabilidad clínica que impacta directamente en la vida de los pacientes.



4.2 ELABORACIÓN DE INFORMES

Los informes clínicos son documentos esenciales que comunican información relevante sobre el paciente de forma clara, precisa y profesional. Aprender a elaborarlos correctamente mejora la toma de decisiones y la calidad asistencial.



BENEFICIOS CLAVE



OBJETIVO

Aprender a redactar informes clínicos estructurados, claros y objetivos, adaptados a cada necesidad, asegurando la calidad, la confidencialidad y el cumplimiento normativo.



Comunicación clara y efectiva



Mayor seguridad del paciente



Calidad y profesionalidad



Cumplimiento legal y normativo



Eficiencia y ahorro de tiempo

TIPOS DE INFORMES CLÍNICOS



INFORME DE EVALUACIÓN

Recoge los resultados de la valoración inicial del paciente, incluyendo antecedentes, exploración y pruebas realizadas.



INFORME DE EVOLUCIÓN

Describe la evolución del paciente a lo largo del tratamiento, resultados obtenidos y ajustes realizados.



INFORME DE TRATAMIENTO

Detalla el plan de tratamiento aplicado, técnicas utilizadas, indicaciones y recomendaciones.



INFORME DE ALTA

Resumen del proceso asistencial, objetivos alcanzados, recomendaciones y seguimiento.



INFORMES ESPECÍFICOS

Informes para derivaciones, seguros, incapacidades, investigación, informes periciales, entre otros.



INFORMES MULTIDISCIPLINARES

Elaborados en conjunto por varios profesionales para una atención integrada y coordinada.

ESTRUCTURA DE UN INFORME CLÍNICO

1



DATOS GENERALES

Nombre del paciente, fecha de nacimiento, nº de historia clínica, fecha del informe y profesional responsable.

2



MOTIVO DEL INFORME

Objetivo del informe y contexto en el que se realiza.

3



RESUMEN CLÍNICO

Síntesis del estado actual del paciente y antecedentes relevantes.

4



HALLAZGOS Y RESULTADOS

Resultados de exploraciones, pruebas y evaluaciones realizadas.

5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Análisis profesional de los hallazgos y su significado clínico.

6



PLAN Y RECOMENDACIONES

Plan de tratamiento, indicaciones, recomendaciones y objetivos.

7



SEGUIMIENTO

Próximos pasos, citas, controles y parámetros de seguimiento.

8



CONCLUSIÓN

Resumen final y pronóstico, si procede.

9



FIRMA Y DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre, firma, nº de colegiado y datos de contacto.

PAUTAS CLAVE PARA INFORMES DE CALIDAD

- ✓ Utiliza un lenguaje claro, técnico y comprensible.
- ✓ Sé objetivo y evita juicios de valor innecesarios.
- ✓ Escribe de forma ordenada, legible y sin abreviaturas no estándar.
- ✓ Incluye solo información relevante y verificada.
- ✓ Revisa la ortografía y la gramática antes de finalizar.

★ RECUERDA

Un buen informe refleja tu profesionalidad y puede tener implicaciones legales. La claridad y la precisión son fundamentales.



EJEMPLO DE ENCABEZADO DE INFORME



PACIENTE:	María López García
Nº HISTORIA CLÍNICA:	HC-2024-0158
FECHA DEL INFORME:	20/05/2024
PROFESIONAL:	Laura Martínez - Fisioterapeuta
Nº COLEGIADO:	12.345



Toda la información contenida en este informe es confidencial y está protegida según la legislación vigente en materia de protección de datos.

ERRORES COMUNES A EVITAR

- ✗ Falta de estructura y desorden en la información.
- ✗ Uso de abreviaturas no reconocidas.
- ✗ Información incompleta o irrelevante.
- ✗ Errores ortográficos o gramaticales.
- ✗ No revisar ni actualizar la información.
- ✗ Compartir informes sin las medidas de seguridad adecuadas.



HERRAMIENTAS QUE TE AYUDAN



PLANTILLAS ESTANDARIZADAS

Ahorra tiempo y asegura la consistencia en los informes.



HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE)

Facilita la redacción, almacenamiento y acceso seguro.



CORRECTORES ORTOGRÁFICOS

Mejoran la calidad y el profesionalismo del texto.



FIRMAS DIGITALES Y SEGURIDAD

Garantizan la autenticidad y confidencialidad.



IMPACTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA



Mejora la calidad asistencial



Facilita la comunicación entre profesionales



Reduce riesgos legales y reclamaciones



Aumenta la satisfacción del paciente



Optimiza procesos y recursos



IDEA CLAVE

Un informe bien elaborado es una herramienta clínica poderosa: comunica, protege y mejora la atención que ofrezcas.



CONTENIDOS ACTUALIZADOS



CASOS PRÁCTICOS REALES



APLICACIÓN INMEDIATA



ENFOQUE ÉTICO Y RESPONSABLE



DIPLOMA NATURSAIS ACADEMY

4.3 INFORMES DE EVOLUCIÓN

Los informes de evolución registran el progreso del paciente a lo largo del tiempo, permitiendo valorar la respuesta al tratamiento, ajustar el plan de intervención y asegurar la continuidad y calidad de la atención.



BENEFICIOS CLAVE



OBJETIVO

Aprender a elaborar informes de evolución completos, claros y objetivos que reflejen el estado actual del paciente, los cambios observados, las intervenciones realizadas y los próximos pasos del tratamiento.



Seguimiento continuo y estructurado



Toma de decisiones clínicas más precisa



Mayor seguridad y calidad asistencial



Mejora de la comunicación entre profesionales



Cumplimiento legal y trazabilidad de la atención

TIPOS DE INFORMES DE EVOLUCIÓN



EVOLUCIÓN DIARIA

Registra los cambios y la respuesta del paciente en cada jornada o sesión de atención.



EVOLUCIÓN POR ETAPAS

Resume los avances en momentos clave del tratamiento (o por periodos definidos).



EVOLUCIÓN DE REEVALUACIÓN

Se realiza tras una reevaluación formal para valorar progresos y redefinir objetivos.



EVOLUCIÓN INTERDISCIPLINAR

Elaborada en conjunto por varios profesionales, integrando observaciones de distintas áreas.



EVOLUCIÓN DE ALTA

Resume el estado final del paciente y los logros alcanzados al finalizar el tratamiento.

EJEMPLO DE INFORME DE EVOLUCIÓN



PACIENTE:	Maria López García
Nº HISTORIA CLÍNICA:	HC-2024-0158
FECHA:	20/05/2024
PROFESIONAL:	Laura Martínez - Fisioterapeuta
FECHA ANTERIOR:	15/05/2024

MOTIVO DE LA EVOLUCIÓN: Seguimiento de tratamiento por lumbalgia crónica.

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE: La paciente refiere disminución del dolor lumbar. Mejora de la movilidad y tolerancia al ejercicio. Sin signos de alerta.

CAMBIOS Y PROGRESOS OBSERVADOS: Disminución del dolor de 7/10 a 3/10. Aumento del rango de movimiento lumbar. Mejora de la fuerza y resistencia muscular.

INTERVENCIONES REALIZADAS: Ejercicios terapéuticos, terapia manual, educación postural y recomendaciones para el autocuidado.

PLAN E INDICACIONES: Continuar con el plan de ejercicios. Incorporar progresivamente ejercicios de fortalecimiento. Mantener pautas posturales en actividades diarias.

PRÓXIMA CITA: 27/05/2024 - Reevaluación y ajuste del plan.

FIRMA Y DATOS DEL PROFESIONAL:

Laura Martínez - Fisioterapeuta - Col. 12.345



ESTRUCTURA DE UN INFORME DE EVOLUCIÓN

1



DATOS GENERALES

- Nombre del paciente, fecha, nº de historia clínica.
- Profesional responsable.

2



MOTIVO DE LA EVOLUCIÓN

Razón de la consulta o del seguimiento.

3



ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE

Descripción objetiva del estado físico, emocional y funcional actual.

4



CAMBIOS Y PROGRESOS OBSERVADOS

Mejoras, empeoramientos o estabilidad respecto a la evolución anterior.

5



INTERVENCIONES REALIZADAS

Tratamientos, terapias, actividades o indicaciones aplicadas desde la última evolución.

6



PLAN E INDICACIONES

Objetivos próximos, recomendaciones, ajustes del tratamiento y cuidados en casa.

7



PRÓXIMA CITA / SEGUIMIENTO

Fecha y motivo del próximo control o evaluación.

8



FIRMA Y DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre, firma, nº de colegiado/a y fecha del informe.

PAUTAS CLAVE PARA INFORMES DE EVOLUCIÓN

- ✓ Sé objetivo: describe hechos observables y medibles.
- ✓ Utiliza un lenguaje claro, profesional y comprensible.
- ✓ Registra la información en tiempo real o lo antes posible.
- ✓ Evita suposiciones y juicios subjetivos.
- ✓ Mantén la coherencia y continuidad en cada evolución.
- ✓ Incluye información relevante y evita datos innecesarios.
- ✓ Revisa la ortografía y la estructura antes de finalizar.

RECUERDA

Cada evolución es una pieza clave en el seguimiento del paciente y en la calidad de la atención que recibe.



ERRORES COMUNES A EVITAR

- ✗ Copiar y pegar información sin revisar ni actualizar.
- ✗ Usar abreviaturas no estandarizadas o poco claras.
- ✗ Registrar información incompleta o irrelevante.
- ✗ No indicar intervenciones realizadas o plan de seguimiento.
- ✗ No firmar o fechar el informe.



HERRAMIENTAS QUE TE AYUDAN



PLANTILLAS ESTANDARIZADAS
Aseguran estructura uniforme y no omiten datos importantes.



HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE)
Facilita el registro, acceso y seguimiento del paciente.



ALERTAS Y RECORDATORIOS
Ayudan a no olvidar evoluciones y citas de seguimiento.



FIRMAS DIGITALES Y SEGURIDAD
Garantizan la autenticidad y confidencialidad de los informes.



IMPACTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA



Mejora la continuidad y coordinación del tratamiento.



Permite ajustar el tratamiento según la evolución real del paciente.



Reduce riesgos y mejora la seguridad del paciente.



Aumenta la satisfacción del paciente y la eficiencia del equipo.



Optimiza los resultados clínicos y el uso de recursos.



IDEA CLAVE

Un informe de evolución bien elaborado es la mejor herramienta para tomar decisiones clínicas acertadas y ofrecer una atención de calidad.



CONTENIDOS ACTUALIZADOS



CASOS PRÁCTICOS REALES



APLICACIÓN INMEDIATA



ENFOQUE ÉTICO Y RESPONSABLE



DIPLOMA NATURSAIS ACADEMY

4.4 CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

El consentimiento informado es un derecho del paciente y un documento legal fundamental que garantiza la autonomía, la información y la confianza en la relación asistencial.



BENEFICIOS CLAVE



OBJETIVO

Aprender a gestionar correctamente los consentimientos informados, asegurando que el paciente reciba información clara y suficiente para tomar decisiones libres, voluntarias y conscientes, cumpliendo la normativa vigente.



Respeto a la autonomía del paciente



Seguridad legal para el paciente y el profesional



Confianza y transparencia en la relación asistencial



Cumplimiento normativo y ético



Prevención de conflictos y reclamaciones

PRINCIPIOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO



AUTONOMÍA

El paciente decide libremente tras recibir información adecuada y comprensible.



INFORMACIÓN

Información clara, completa, veraz y adaptada al paciente sobre el procedimiento, riesgos y alternativas.



COMPRENSIÓN

Asegurar que el paciente entiende la información proporcionada.



VOLUNTARIEDAD

Decisión tomada sin presiones, coacciones ni influencias indebidas.



CONFIDENCIALIDAD

La información y el documento se custodian de forma segura y confidencial.

ELEMENTOS ESENCIALES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

1



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre, apellidos, nº de historia clínica y datos relevantes.

2



PROCEDIMIENTO

Descripción del procedimiento o intervención propuesta.

3



OBJETIVOS

Finalidad y beneficios esperados del procedimiento.

4



RIESGOS Y COMPLICACIONES

Riesgos frecuentes, graves y posibles complicaciones.

5



ALTERNATIVAS

Opciones disponibles, incluida la no realización del procedimiento.

6



PREGUNTAS Y ACLARACIONES

Espacio para resolver dudas del paciente.

7



DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Manifestación de haber comprendido la información y aceptar el procedimiento.

8



FIRMAS

Firma del paciente (o representante) y del profesional que informa.

9



FECHA

Fecha en que se obtiene el consentimiento.

TIPOS DE CONSENTIMIENTOS



CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS

Intervenciones quirúrgicas, diagnósticas o terapéuticas.



CONSENTIMIENTO ANESTÉSICO

Para la administración de anestesia y sedación.



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Inicio o cambios significativos en el plan terapéutico.



CONSENTIMIENTO PARA USO DE IMÁGENES

Para toma y uso de fotografías, videos o pruebas complementarias.



CONSENTIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN

Participación en estudios clínicos o proyectos de investigación.

BUENAS PRÁCTICAS

- ✓ Explica la información en un lenguaje claro y sencillo.
- ✓ Verifica la comprensión del paciente.
- ✓ Respeta el tiempo del paciente para decidir.
- ✓ Documenta adecuadamente la información proporcionada.
- ✓ Obtén el consentimiento antes de realizar el procedimiento.
- ✓ Guarda el documento en la historia clínica.
- ✓ Revisa y actualiza los consentimientos cuando sea necesario.

★ RECUERDA

El consentimiento informado no es un formulario, es un proceso de comunicación centrado en el paciente.



EJEMPLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PACIENTE: María López García N° HISTORIA CLÍNICA: HC-2024-0158
PROCEDIMIENTO: Infiltración de ácido hialurónico en rodilla
OBJETIVO: Aliviar el dolor y mejorar la movilidad articular.
RIESGOS: Dolor local, inflamación, infección, hematoma, reacción alérgica.
ALTERNATIVAS: Fisioterapia, medicación oral, no realizar el procedimiento.

Declaro que he recibido la información necesaria, he comprendido las explicaciones y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas. Por ello, doy mi consentimiento para realizar el procedimiento propuesto.

Firma del paciente *[Signature]* Firma del profesional *[Signature]* Fecha: 20/05/2024

ERRORES FRECUENTES A EVITAR

- ✗ No proporcionar información completa o comprensible.
- ✗ Usar lenguaje técnico o confuso.
- ✗ No documentar preguntas, dudas y respuestas.
- ✗ Solicitar la firma sin explicar adecuadamente.
- ✗ Usar consentimientos genéricos no actualizados.
- ✗ No respetar el tiempo del paciente para decidir.
- ✗ No conservar el documento en la historia clínica.



HERRAMIENTAS QUE TE AYUDAN



PLANTILLAS Actualizadas y estandarizadas



HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE) Registro y custodia segura



FIRMAS DIGITALES Autenticidad y validez legal



CHECKLISTS Verificación de información



RECORDATORIOS Alertas para renovación

IMPACTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA



Mejora la seguridad del paciente



Fortalece la relación de confianza



Reduce riesgos legales



Promueve una atención ética y de calidad



IDEA CLAVE

Un consentimiento informado bien gestionado es la base de una atención segura, ética y centrada en la persona.



4.5 CARTAS E INFORMES PROFESIONALES

Las cartas e informes profesionales son documentos formales que comunican información clínica relevante a otros profesionales, entidades o instituciones. Deben ser claros, precisos, objetivos y estar elaborados con un lenguaje técnico y profesional.



OBJETIVO

Aprender a redactar cartas e informes profesionales adecuados al destinatario y al propósito, asegurando una comunicación efectiva, confidencial y alineada con los estándares profesionales.

BENEFICIOS CLAVE

-  Comunicación efectiva entre profesionales
-  Continuidad y calidad de la atención
-  Respaldo legal y profesional
-  Ahorro de tiempo y recursos
-  Mejora de la confianza y colaboración

TIPOS DE CARTAS E INFORMES PROFESIONALES



CARTA DE DERIVACIÓN / INTERCONSULTA

Solicita la valoración o tratamiento de otro profesional o servicio, incluyendo motivo y antecedentes relevantes.



INFORME PARA OTROS PROFESIONALES

Comunica la evolución, diagnóstico, tratamiento o recomendaciones al profesional tratante o colaborador.



INFORME PARA ENTIDADES / ASEGURADORAS

Documenta el estado clínico, tratamientos realizados o necesidades para gestiones administrativas o de cobertura.



INFORME PARA INCAPACIDAD / LABORAL

Describe la condición clínica y su impacto funcional para justificar incapacidad temporal o adaptaciones laborales.



INFORME PERICIAL

Elaborado con fines legales o judiciales, basado en la evaluación clínica objetiva y documentación.



INFORME ACADÉMICO / DOCENTE

Comunica información relevante sobre el estado o evolución del paciente para fines académicos o de investigación.

ESTRUCTURA DE UNA CARTA O INFORME PROFESIONAL

-  **ENCABEZADO**
Nombre y datos del profesional o centro, fecha y lugar.
-  **DATOS DEL DESTINATARIO**
Nombre, cargo, institución o servicio al que va dirigido.
-  **MOTIVO DEL INFORME / CARTA**
Indicar de forma clara el propósito del documento.
-  **DATOS DEL PACIENTE**
Nombre, fecha de nacimiento, n° de historia clínica u otros datos relevantes.
-  **EXPOSICIÓN CLÍNICA**
Resumen breve y objetivo de antecedentes y situación actual.
-  **EVALUACIÓN / HALLAZGOS**
Hallazgos relevantes, pruebas realizadas y resultados.
-  **CONCLUSIONES**
Síntesis del estado actual del paciente.
-  **RECOMENDACIONES / PLAN**
Sugerencias, derivaciones, tratamientos o seguimiento propuesto.
-  **DESPEDIDA Y AGRADECIMIENTO**
Frase de cortesía y disposición para ampliar información.
-  **FIRMA Y SELLO PROFESIONAL**
Nombre completo, n° de colegiado y firma.

EJEMPLO: CARTA DE DERIVACIÓN



FECHA: 20/05/2024

PARA: Dr. Carlos Gómez - Servicio de Traumatología

ASUNTO: Derivación para valoración de hombro derecho

Estimado Dr. Gómez:

Le remito a la paciente María López García, de 38 años, n° HC-2024-0158, por dolor persistente en hombro derecho de 6 meses de evolución, con limitación funcional y sospecha de tendinopatía del manguito rotador.

Ha recibido tratamiento conservador sin mejoría significativa. Se adjunta resumen de historia clínica y pruebas realizadas.

Agradezco su valoración y recomendaciones.

Quedo a su disposición para cualquier consulta.

Atentamente,

Laura Martínez

Laura Martínez
Fisioterapeuta - Col. 12.345



CONSIDERACIONES CLAVE

- ✓ Sé claro, conciso y objetivo.
- ✓ Utiliza lenguaje técnico adecuado al destinatario.
- ✓ Incluye solo información relevante.
- ✓ Mantén la confidencialidad y protege los datos del paciente.
- ✓ Verifica la ortografía y la gramática antes de enviar.
- ✓ Utiliza plantillas o formatos institucionales cuando estén disponibles.
- ✓ Archiva copia del documento en la historia clínica.
- ✓ Asegúrate de que la información esté actualizada y completa.

★ RECUERDA

Una carta o informe bien elaborado refleja tu profesionalidad y contribuye a una atención coordinada y de calidad.



ERRORES COMUNES A EVITAR

- ✗ Información incompleta o irrelevante.
- ✗ Uso de lenguaje coloquial o ambiguo.
- ✗ Errores ortográficos o de datos.
- ✗ No especificar el motivo del informe.
- ✗ No actualizar la información clínica.
- ✗ No firmar o sellar el documento.



HERRAMIENTAS QUE TE AYUDAN



PLANTILLAS ESTANDARIZADAS

Aseguran estructura y coherencia.



HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE)

Facilita la generación y almacenamiento seguro.



CORRECTORES ORTOGRÁFICOS

Mejoran la calidad del texto.



FIRMAS DIGITALES Y SEGURIDAD

Garantizan autenticidad y confidencialidad.

IMPACTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA



Fortalece la comunicación entre profesionales.



Mejora la continuidad y coordinación del cuidado.



Reduce riesgos legales y malentendidos.



Aumenta la satisfacción del paciente.



IDEA CLAVE

Las cartas e informes profesionales son puentes de comunicación que conectan la información clínica con decisiones acertadas y una atención centrada en el paciente.



CONTENIDOS
ACTUALIZADOS



CASOS PRÁCTICOS
REALES



APLICACIÓN
INMEDIATA



ENFOQUE ÉTICO
Y RESPONSABLE



DIPLOMA
NATURSAIS ACADEMY

4.6 CORRECCIÓN DE DOCUMENTOS

La corrección adecuada de documentos clínicos garantiza la veracidad, claridad y profesionalidad de la información. Aplicar las normas de corrección preserva la integridad legal y la calidad asistencial.



OBJETIVO

Aprender a corregir documentos clínicos de forma legible, segura y conforme a la normativa, manteniendo la trazabilidad de la información y evitando alteraciones que comprometan su validez.

BENEFICIOS CLAVE



Garantiza la integridad y validez del documento



Cumple requisitos legales y normativos



Mejora la claridad y comprensión



Refleja profesionalidad y rigor



Reduce riesgos de errores y reclamaciones

PRINCIPIOS DE LA CORRECCIÓN DE DOCUMENTOS



VERACIDAD
No se debe ocultar ni alterar la información original.



LEGIBILIDAD
La corrección debe permitir leer el contenido inicial.



TRAZABILIDAD
Debe quedar claro quién, cuándo y cómo se realizó la corrección.



SEGURIDAD
Evita tachaduras que impidan la lectura o generen dudas sobre el contenido.



NORMATIVA
Aplica las normas internas del centro y la legislación vigente.

NORMAS PARA CORREGIR DOCUMENTOS

-  Una sola línea
Tacha el texto incorrecto con una línea horizontal, sin cubrir otras palabras.
-  Texto legible
El texto tachado debe seguir siendo legible.
-  No usar corrector líquido o cintas
No se permite el uso de correctores, borradores o cintas adhesivas.
-  Anotar al lado o encima
Escribe el texto correcto de forma clara, junto al error o encima de la línea tachada.
-  Fecha
Indica la fecha de la corrección.
-  Iniciales o firma
Añade tus iniciales o firma para identificar quién realiza la corrección.
-  No usar abreviaturas ambiguas
Asegura que la corrección no genere nuevas dudas.
-  No borrar ni reescribir
Nunca borres completamente o reescribas el documento.

CUÁNDO NO SE DEBE CORREGIR

- ✗ Cuando el documento pertenece a otra persona.
- ✗ En documentos cerrados o firmados por otros profesionales.
- ✗ Si la corrección puede alterar el sentido del contenido.
- ✗ Cuando la normativa del centro indique otro procedimiento.

 En estos casos, se debe realizar una nota aclaratoria o anexo, según el procedimiento establecido.

EJEMPLO DE CORRECCIÓN CORRECTA

ANTES (INCORRECTO)	DESPUÉS (CORRECTO)
Evolución: 20/05/2024 Paciente presenta dolor leve en la zona lumbar y buena movilidad. Plan: Analgésico y reposo.	Evolución: 20/05/2024 <i>moderado</i> Paciente presenta dolor leve y buena movilidad. Plan: Analgésico y reposo. <i>20/05/2024 LM</i>

ERRORES FRECUENTES

- ✗ Tachar con más de una línea o con garabatos.
- ✗ Usar corrector líquido, cintas o goma de borrar.
- ✗ Cubrir el texto tachado o dejarlo ilegible.
- ✗ No anotar el texto correcto o dejarlo poco claro.
- ✗ No fechar o no firmar la corrección.

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ✓ ¿El texto tachado sigue siendo legible?
- ✓ ¿El texto correcto está claro y completo?
- ✓ ¿Se añadió fecha de la corrección?
- ✓ ¿Se incluyeron iniciales o firma?
- ✓ ¿La corrección cumple con la normativa del centro?

 **RECUERDA**

Una corrección bien realizada no borra el error: lo aclara y mantiene la confianza en la documentación clínica.



HERRAMIENTAS QUE TE AYUDAN



Bolígrafo azul o negro (de tinta indeleble)



Iniciales o firma personales



Fecha siempre visible



Normas del centro y protocolos de corrección



Conocimiento de la normativa legal y profesional

IMPACTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA



Mejora la calidad de la información



Asegura continuidad y seguridad asistencial



Facilita auditorías y revisiones



Protege al paciente y al profesional



Fortalece la cultura de seguridad y responsabilidad

 **IDEA CLAVE** Corregir bien es cuidar la verdad del registro y la confianza en nuestro trabajo profesional.



4.7 RESÚMENES CLÍNICOS

El resumen clínico es un documento sintético que recoge la información más relevante del proceso asistencial del paciente. Facilita la continuidad de la atención, la toma de decisiones y la comunicación entre profesionales.



OBJETIVO

Elaborar resúmenes clínicos claros, precisos y estructurados que reflejen de forma fiel la información esencial del paciente, asegurando la continuidad asistencial y la calidad de la atención.

BENEFICIOS CLAVE



Mejora la comunicación entre profesionales



Asegura la continuidad de la atención



Ahorra tiempo en la consulta y en traslados



Facilita la toma de decisiones clínicas



Aumenta la calidad y seguridad del paciente

¿QUÉ ES UN RESUMEN CLÍNICO?



Documento breve y estructurado que incluye los datos más relevantes de la historia clínica del paciente, su problema actual, antecedentes, tratamientos, evolución y plan de actuación.

TIPOS DE RESÚMENES CLÍNICOS



RESUMEN AL ALTA

Documento que se entrega al finalizar un ingreso o tratamiento.



RESUMEN DE DERIVACIÓN

Se envía a otro profesional para continuidad asistencial.



RESUMEN DE INTERCONSULTA

Para solicitar opinión o valoración a otro especialista.



RESUMEN DE TRASLADO

Para cambio de centro o servicio.



RESUMEN PARA PACIENTE

Versión adaptada para que el paciente comprenda su situación y seguimiento.

ESTRUCTURA DEL RESUMEN CLÍNICO

1



DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre, fecha de nacimiento, nº de historia clínica, fecha del resumen.

2



MOTIVO DEL RESUMEN

Razón por la que se elabora (alta, derivación, traslados, interconsulta, etc.).

3



ANTECEDENTES RELEVANTES

Personales, familiares, alergias, hábitos y factores de riesgo.

4



DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES

Problemas de salud actual o diagnósticos más importantes.

5



EVOLUCIÓN CLÍNICA

Resumen del curso del proceso, pruebas realizadas y resultados relevantes.

6



TRATAMIENTO ACTUAL

Medicaciones, dosis y otras terapias o cuidados indicados.

7



PLAN Y RECOMENDACIONES

Plan terapéutico, controles, derivaciones y cuidados necesarios.

8



FECHA Y PROFESIONAL QUE ELABORA

Fecha de elaboración, nombre, firma y cargo.

EJEMPLO DE RESUMEN CLÍNICO (AL ALTA)

PACIENTE: María López García N° HISTORIA CLÍNICA: HC-2024-0158
FECHA DE NACIMIENTO: 12/03/1978 FECHA DEL RESUMEN: 20/05/2024

MOTIVO DEL RESUMEN: Alta tras tratamiento.

ANTECEDENTES RELEVANTES: Hipertensión arterial controlada. Alergia a penicilina.

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES: Lumbalgia crónica inespecífica.

EVOLUCIÓN CLÍNICA: Paciente con dolor lumbar de 6 meses de evolución. Mejora significativa tras tratamiento farmacológico, fisioterapia y educación postural. RMN sin hallazgos de alarma.

TRATAMIENTO ACTUAL: Paracetamol 1 g cada 8 h si dolor. Ejercicio terapéutico. Medidas posturales.

PLAN Y RECOMENDACIONES: Continuar con ejercicio terapéutico. Control en 4 semanas. Acudir si empeora el dolor o aparecen síntomas neurológicos.

PROFESIONAL: Laura Martínez - Fisioterapeuta N° COLEGIADO: 12.345
FIRMA: *Laura Martínez* FECHA: 20/05/2024

BUENAS PRÁCTICAS

- ✓ Sé claro, conciso y objetivo.
- ✓ Incluye solo la información relevante.
- ✓ Usa lenguaje técnico adecuado y comprensible.
- ✓ Asegúrate de que los datos sean actuales y veraces.
- ✓ Respeta la confidencialidad del paciente.
- ✓ Revisa la ortografía y la estructura antes de finalizar.
- ✓ Utiliza formatos estándar del centro para resúmenes clínicos.

★ RECUERDA

Un buen resumen clínico es sinónimo de comunicación eficaz, continuidad asistencial y seguridad del paciente.



ERRORES FRECUENTES A EVITAR

- ✗ Omitir datos relevantes del paciente o del proceso.
- ✗ Usar abreviaturas no reconocidas o poco claras.
- ✗ Incluir información subjetiva o irrelevante.
- ✗ Copiar y pegar información sin revisar ni actualizar.
- ✗ No indicar fecha, firma o profesional responsable.



HERRAMIENTAS QUE TE AYUDAN



PLANTILLAS ESTANDARIZADAS
Aseguran estructura y coherencia.



HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE)
Facilita la generación automatizada.



LISTAS DE VERIFICACIÓN
Ayudan a no olvidar información clave.



CORRECTORES ORTOGRÁFICOS
Mejoran la calidad del texto.



FIRMAS DIGITALES
Garantizan autenticidad y confidencialidad.

IMPACTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA



Mejora la seguridad del paciente



Optimiza el tiempo del profesional



Fortalece el trabajo en equipo



Optimiza recursos y procesos



Aumenta la satisfacción del paciente



IDEA CLAVE

Un resumen clínico bien elaborado es la mejor carta de presentación de nuestro trabajo y la base para una atención continua y de calidad.



CONTENIDOS ACTUALIZADOS



CASOS PRÁCTICOS REALES



APLICACIÓN INMEDIATA



ENFOQUE ÉTICO Y RESPONSABLE



DIPLOMA NATURSAIS ACADEMY

4.8 PLANTILLAS INTELIGENTES

Las plantillas inteligentes son estructuras predefinidas que facilitan la documentación clínica, asegurando completitud, consistencia y eficiencia. Permiten adaptar el contenido al contexto del paciente y al tipo de atención brindada.



OBJETIVO

Utilizar plantillas inteligentes para documentar de forma estructurada, completa y estandarizada, mejorando la calidad de la información y optimizando el tiempo dedicado a la documentación clínica.

BENEFICIOS CLAVE



Ahorro de tiempo y mayor eficiencia



Documentación completa y estructurada



Mayor calidad y seguridad de la información



Estandarización y coherencia entre profesionales



Mejora continua y facilita la toma de decisiones

¿QUÉ ES UNA PLANTILLA INTELIGENTE?



Es un formato predefinido que incluye campos, listas desplegables, casillas de verificación y textos guía, que se adapta al contexto del caso para facilitar una documentación rápida, precisa y completa.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES



ESTRUCTURADA

Organiza la información por secciones lógicas.



ADAPTABLE

Permite personalizar campos según el caso.



COMPLETA

Incluye todos los elementos clave necesarios.



REUTILIZABLE

Puede usarse y actualizarse de forma continua.



SEGURA

Reduce errores y omisiones en la documentación.

ELEMENTOS DE UNA PLANTILLA INTELIGENTE

1



ENCABEZADO

Datos del paciente, fecha, profesional y servicio.

2



MOTIVO DE CONSULTA / INGRESO

Razón de la atención o ingreso.

3



ANTECEDENTES RELEVANTES

Personales, familiares, alergias, hábitos.

4



EVALUACIÓN / HALLAZGOS

Historia clínica, exploración física, signos relevantes.

5



DIAGNÓSTICOS

Impresión diagnóstica o diagnósticos confirmados.

6



PLAN / INTERVENCIONES

Tratamientos, cuidados, indicaciones y educación.

7



SEGUIMIENTO / EVOLUCIÓN

Respuesta del paciente y ajustes del plan.

8



RESULTADOS RELEVANTES

Pruebas, estudios o evolución significativa.

9



RECOMENDACIONES

Indicaciones al paciente y próximos pasos.

10



FIRMA Y CIERRE

Firma del profesional y datos de contacto si aplica.

TIPOS DE PLANTILLAS INTELIGENTES



NOTA DE CONSULTA

Registro de la atención ambulatoria.



NOTA DE EVOLUCIÓN

Seguimiento del estado del paciente.



INGRESO HOSPITALARIO

Valoración inicial al ingreso.



INFORME DE ALTA

Resumen de la estancia y plan al egreso.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Registro estructurado del consentimiento.



RESÚMENES CLÍNICOS

Síntesis de la información más relevante.

BUENAS PRÁCTICAS

- ✓ Selecciona la plantilla adecuada al tipo de atención.
- ✓ Completa todos los campos relevantes.
- ✓ Personaliza la información sin alterar la estructura esencial.
- ✓ Usa listas y casillas para asegurar consistencia.
- ✓ Revisa y actualiza la plantilla periódicamente.
- ✓ Evita copiar y pegar sin validar la información.
- ✓ Guarda la información de forma segura y confidencial.

EJEMPLO DE PLANTILLA INTELIGENTE: NOTA DE CONSULTA

PACIENTE: _____ FECHA: ____/____/____ HORA: _____
 PROFESIONAL: _____ SERVICIO: _____

1. MOTIVO DE CONSULTA: _____

2. ANTECEDENTES RELEVANTES:
 Alergias: _____ Patológicos: _____ Medicamentos: _____

3. EVALUACIÓN / HALLAZGOS: _____

4. DIAGNÓSTICOS:
 1) _____ 2) _____

5. PLAN / INTERVENCIONES: _____

6. RECOMENDACIONES: _____

7. PRÓXIMA CITA / SEGUIMIENTO:
 Fecha: ____/____/____ Indicaciones: _____

PROFESIONAL (Firma): _____ N.º COLEGIADO: _____

CONSEJOS PARA USAR PLANTILLAS INTELIGENTES



Conoce cada plantilla y su propósito.



Asegúrate de comprender cada campo antes de completarlo.



Verifica la información antes de guardar o enviar.



Utiliza atajos y funciones del sistema para optimizar.



Solicita retroalimentación para mejorar las plantillas.



RECUERDA

Una plantilla inteligente no reemplaza el juicio clínico; lo potencia, asegurando que la información relevante esté siempre documentada con claridad, precisión y propósito.



ERRORES FRECUENTES A EVITAR

- ✗ Dejar campos importantes sin completar.
- ✗ Usar una plantilla inadecuada para el contexto.
- ✗ Copiar información sin verificar su vigencia.
- ✗ No actualizar las plantillas según la práctica actual.
- ✗ Incluir información irrelevante o repetida.



LISTA DE VERIFICACIÓN

- ✓ ¿La plantilla es la adecuada para este caso?
- ✓ ¿Se completaron todos los campos esenciales?
- ✓ ¿La información registrada es clara y precisa?
- ✓ ¿Se incluyeron diagnósticos, plan y recomendaciones?
- ✓ ¿La nota está firmada y con fecha y hora?

HERRAMIENTAS QUE TE AYUDAN



Plantillas electrónicas y configurables



Listas desplegables y casillas



Macros y atajos de texto



Integración con historias clínicas electrónicas



IDEA CLAVE

Las plantillas inteligentes bien diseñadas y utilizadas permiten documentar mejor, en menos tiempo y con mayor calidad, centrando tu atención en lo más importante: el paciente.



CONTENIDOS ACTUALIZADOS



CASOS PRÁCTICOS REALES



APLICACIÓN INMEDIATA



ENFOQUE ÉTICO Y RESPONSABLE



DIPLOMA NATURSAIS ACADEMY

4.9 RESUMEN DEL MÓDULO

Este módulo te ha proporcionado las herramientas y conocimientos necesarios para elaborar una documentación clínica completa, clara, precisa y ética, que respalde la atención sanitaria de calidad y la continuidad asistencial.



¿QUÉ HAS APRENDIDO EN ESTE MÓDULO?

4.1

ORGANIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Aprendiste a estructurar, clasificar y organizar la información clínica de manera lógica, accesible y segura para garantizar su correcta gestión.

4.2

ELABORACIÓN DE INFORMES

Desarrollaste habilidades para redactar informes clínicos claros, completos y profesionales, adaptados a diferentes contextos y finalidades.

4.3

INFORMES DE EVOLUCIÓN

Aprendiste a registrar la evolución del paciente de forma cronológica y objetiva, reflejando cambios relevantes y la respuesta a las intervenciones.

4.4

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Conociste los elementos esenciales de un consentimiento informado y su correcta elaboración, asegurando el derecho a la información y la toma de decisiones.

4.5

CARTAS E INFORMES PROFESIONALES

Aprendiste a redactar cartas de derivación, informes para otros profesionales e instituciones, y documentos oficiales con lenguaje adecuado.

4.6

CORRECCIÓN DE DOCUMENTOS

Aplicaste técnicas de revisión y corrección para garantizar la calidad, legibilidad, ortografía y coherencia de los documentos clínicos.

4.7

RESÚMENES CLÍNICOS

Aprendiste a sintetizar la información más relevante del paciente en documentos breves, útiles y orientados a la toma de decisiones.

4.8

PLANTILLAS INTELIGENTES

Descubriste cómo utilizar plantillas estandarizadas e inteligentes para optimizar el tiempo, mantener la consistencia y mejorar la calidad de la documentación.

4.9

RESUMEN DEL MÓDULO

Integraste los conceptos clave del módulo, reconociendo su importancia en la práctica clínica diaria y en la seguridad del paciente.


ENFOQUE ÉTICO Y LEGAL

Reforzaste la confidencialidad, la protección de datos y el cumplimiento normativo como pilares de la documentación clínica responsable.



COMPETENCIAS DESARROLLADAS



Redacción clara, precisa y profesional



Organización y gestión de la información



Confidencialidad y responsabilidad legal



Comunicación efectiva entre profesionales



Optimización del tiempo y de los procesos



Calidad y seguridad del paciente



CLAVES DEL MÓDULO

- ✓ La documentación clínica es un reflejo de la atención brindada.
- ✓ Una buena organización ahorra tiempo y evita errores.
- ✓ La claridad y la precisión mejoran la continuidad asistencial.
- ✓ Los documentos deben ser objetivos, completos y veraces.
- ✓ La confidencialidad y el cumplimiento legal son innegociables.
- ✓ Las plantillas y herramientas digitales mejoran la eficiencia.
- ✓ Cada documento es una oportunidad para comunicar y cuidar mejor.



APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA



Mejora la calidad y seguridad de la atención al paciente.



Facilita la comunicación y coordinación entre profesionales.



Protege al paciente y al profesional desde el punto de vista legal.



Permite la toma de decisiones clínicas informadas.



Contribuye a una atención más humana, ética y centrada en la persona.



IDEA CLAVE

La documentación clínica no es solo un registro: es una herramienta de comunicación, de calidad y de cuidado.



CONTENIDOS ACTUALIZADOS



CASOS PRÁCTICOS REALES



APLICACIÓN INMEDIATA



ENFOQUE ÉTICO Y RESPONSABLE



DIPLOMA NATURSAIS ACADEMY