

1. OBJETIVO

Estandarizar las actividades para que la admisión al servicio de urgencias sea ágil y la posterior evaluación médica y el plan de manejo de los usuarios cumplan con las exigencias normativas, científicas y éticas.

2. ALCANCE

Aplica a todos los usuarios que solicitan atención y que son atendidos por el servicio de urgencias de la ESE BelloSalud, desde el ingreso y clasificación inicial hasta la definición de conducta, seguimiento, egreso, remisión u hospitalización.

3. RESPONSABLES

Responsable	Responsabilidad
Subgerencia Científica	Garantizar la orientación técnica y asistencial del servicio de urgencias, promoviendo el cumplimiento de los lineamientos institucionales, protocolos y normatividad vigente.
Subgerencia Administrativa y Financiera	Garantizar los recursos administrativos, financieros, logísticos y de infraestructura necesarios para el adecuado funcionamiento del servicio de urgencias.
Líder del servicio de urgencias	Coordinar y supervisar la operación del servicio, verificar el cumplimiento de los procedimientos establecidos, organizar el talento humano y realizar seguimiento a las actividades asistenciales y administrativas.
Médico general de urgencias y médico responsable del turno	Realizar la valoración médica, definir diagnóstico y conducta, establecer y ejecutar el plan de manejo, efectuar seguimiento clínico, definir egreso, observación, hospitalización o remisión, según la condición del usuario, y registrar la atención en la historia clínica.
Enfermera jefa y personal profesional/auxiliar de enfermería	Realizar las actividades de enfermería derivadas de la atención, ejecutar las órdenes médicas, administrar medicamentos y tratamientos, realizar seguimiento al estado del usuario, brindar educación al paciente y familia y efectuar los registros correspondientes.
Auxiliar administrativo de admisiones y referencia	Realizar el proceso administrativo de ingreso, verificar la identificación y derechos del usuario, registrar la atención, gestionar los procesos de admisión y apoyar la referencia y contrarreferencia de acuerdo con las necesidades del

	usuario.
Portero, camillero y/o personal de vigilancia privada	Apoyar el ingreso, orientación y movilización de los usuarios, controlar el acceso al servicio y gestionar el ingreso y permanencia de acompañantes conforme a las disposiciones institucionales.
Personal de laboratorio, transporte asistencial y demás servicios de apoyo	Brindar oportunamente los servicios de apoyo requeridos para la atención integral del usuario, de acuerdo con las solicitudes realizadas y los procedimientos institucionales establecidos.

4. ENFOQUE DIFERENCIAL

La atención se brindará de acuerdo con las condiciones clínicas y las necesidades particulares de cada usuario, garantizando una adecuada priorización mediante el TRIAGE, la seguridad del paciente, una comunicación clara y efectiva, y el respeto por sus derechos. Se tendrán en cuenta las condiciones particulares de los menores de edad, personas con discapacidad, adultos mayores de 60 años, usuarios con riesgo de caída, personas bajo custodia policial y usuarios con alteraciones mentales, quienes, cuando las condiciones lo requieran, podrán contar con un acompañante permanente, previa autorización del personal responsable. El acompañante deberá permanecer dentro del cubículo y portar en todo momento la escarapela institucional correspondiente.

5. GENERALIDADES

La atención en urgencias debe desarrollarse bajo la normatividad vigente, los protocolos institucionales de manejo, bioseguridad y esterilización, el Manual de Convivencia y las políticas de buen trato, priorización, deberes y derechos y comunicación correcta. El servicio debe garantizar la permanencia del personal médico y auxiliar de enfermería según la organización del servicio. A todo usuario se le realizará TRIAGE y se brindará información clara sobre la prioridad y tiempos de espera. La verificación de derechos se realiza después del TRIAGE y no puede ser utilizada para posponer la atención inicial de urgencias.

5.1. Talento humano que participa de las actividades esenciales

Talento humano	Cantidad
Médico general / médico de urgencias	3
Enfermera profesional / enfermera jefa	1

Talento humano	Cantidad
Auxiliar de enfermería	3
Auxiliar administrativo – Admisiones y Referencia	2
Portero / camillero / vigilancia privada	1
Personal de laboratorio / apoyo diagnóstico	12
Personal de transporte asistencial	2

5.2. Equipos Biomédicos (En los casos que aplique)

Equipo / recurso	Cantidad
Tensiómetro	Según disponibilidad y servicio.
Fonendoscopio	Según disponibilidad y servicio.
Electrocardiógrafo	Según disponibilidad y servicio.
Equipo de Órganos.	Según disponibilidad y servicio.
Boma de Infusión	Según disponibilidad y servicio.
Monitor de signos vitales	Según disponibilidad y servicio.
Camillas y sillas reclinables de observación	capacidad de 12 unidades: 8 camillas y 4 sillas reclinables.
Silla de ruedas y camilla de traslado	Según necesidad y disponibilidad.

5.3. Medicamentos y dispositivos médicos (En los casos que aplique)

No aplica

5.4. Otros insumos requeridos (En los casos que aplique)

Insumo	Cantidad
Historia clínica y registros	Según atención realizada.
Consentimientos informados	Según pertinencia.
Formatos de vigilancia epidemiológica	Según evento identificado.

Insumo	Cantidad
Formatos de facturación y salida	Según atención.
Formatos de eventos adversos e incidentes	Cuando aplique.

5.5. Políticas y consideraciones generales

- En el servicio de urgencias se debe observar el cumplimiento de la normatividad vigente.
- El personal de la ESE que interviene en el servicio de urgencias debe cumplir lo establecido en el Manual de Convivencia y presentación personal, protocolos de manejo, protocolos de bioseguridad y esterilización.
- Siempre en el servicio de urgencias habrá un médico responsable de turno con funciones administrativas además de las asistenciales inherentes a su cargo que será determinado por el líder de urgencias. Se identifica en el cuadro de turnos con la asignación de TRIAGE.
- Se debe asegurar la permanencia del personal médico y auxiliar de enfermería tiempo completo en el servicio de urgencias.
- A todo usuario que solicite atención por el servicio de urgencias se le debe realizar el Triage en un tiempo estimado de 8 minutos por usuario.
- La aplicación del plan de manejo por el personal de enfermería solo se ejecuta después de verificar las órdenes médicas escritas en la historia clínica, excepto en el usuario crítico con Triage 1.
- En todo acto médico en urgencias se debe originar una referencia a Promoción y Prevención si aplica.
- El traslado de usuarios entre sedes de la ESE debe ser comentado telefónicamente entre los médicos (remitente y receptor), donde se decide el tipo de atención y la prioridad de la misma.
- A los usuarios que ingresan al servicio de urgencias con patologías sujetas a vigilancia epidemiológica, se les diligencia el formato de reporte y se entrega posteriormente al técnico estadístico.
- A las 6 horas de estancia hospitalaria la conducta debe estar definida; si está en observación será por un periodo no superior a 24 horas, de lo contrario se hospitalizará al paciente. En los pacientes que requieren remisión la estancia en urgencias será hasta por 24 horas, si transcurrido este tiempo la remisión no se ha conseguido, se debe hospitalizar exceptuando el usuario crítico.
- El triage como sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de la Protección Social será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias.
- El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

- Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el anexo 2.
- Políticas institucionales (buen trato, priorización de pacientes, deberes y derechos, comunicación correcta).
- Conocimiento de parte de los funcionarios del mapa de riesgos de su servicio.
- Brindar información clara al usuario. (brindar educación al paciente sobre signos y síntomas de su patología y verificar el entendimiento de la misma). Estar atento y resolver las inquietudes presentadas por el usuario y su familia, brindando una orientación clara y precisa cuando lo requieran, además de brindar al usuario y su familia información sobre sus deberes y derechos y el mecanismo de reclamaciones en caso de que estos sean vulnerados.
- En el servicio de urgencias solo será permitido un acompañante por paciente previa autorización de la enfermera jefe del servicio o médico tratante, en los casos que, por su condición, lo requieran: menores de edad, usuarios con algún tipo de discapacidad (visual, auditiva, entre otros), mayor de 60 años, con riesgo de caída, presos (custodiados por policía), usuarios con alteraciones mentales, y deberán permanecer dentro del cubículo del paciente. Para identificar al acompañante permanente se le debe colocar una escarapela y definir la condición de ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- El reporte de eventos e incidentes adversos es obligatorio y debe adelantarse en los formatos establecidos o en la página WEB al interior de la ESE.

6. DESCRIPCIÓN DEL PASO A PASO

N.º	ACTIVIDAD / DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Registrar paciente con datos completos y documento de identidad.	Portero camillero o Vigilancia privada	Minuta – libro foliado
2	Realizar el TRIAGE según procedimiento establecido; Clasificar el estado general del Usuario en el sitio destinado para el Triage, mediante interrogatorio, toma de signos vitales y definir tipo de atención, establecer los niveles de gravedad según sea posible el tiempo de espera, o de atención inmediata, según Guía de Triage, con fundamento en la seguridad del paciente. Ver Guía de Clasificación de Urgencias Triage. Brinda información al usuario sobre tiempos de espera para la atención acorde a la clasificación del triage y verifica la comprensión de la	Médico y/o enfermera	Triage en software de xenco e impreso

	información; direcciona al usuario con nivel de prioridad II y III a la admisión administrativa.		
	PUNTO DE CONTROL		
3	Triage IV - V No urgente: Direccionar a consulta externa /Consulta prioritaria Condiciones que pueden ser agudas, pero no comprometen el estado general del paciente y no representan un riesgo evidente; también condiciones que hacen parte de problemas crónicos sin evidencia de deterioro. La Atención puede ser postergada y el paciente referido a consulta externa una condición clínica, que puede recibir atención médica durante las siguientes 24 horas posteriores a su clasificación. A los usuarios capitados con la institución, el auxiliar administrativo del servicio de urgencias asignará cita prioritaria dentro de las 48 horas siguientes con el Triage impreso. Usuarios no capitados con la institución se redireccionarán a IPS más cercana para su atención en las 48 horas siguientes con Triage impreso.	Médico y/o enfermera Triage.	Triage.
4	Solicitar documento de identidad y verificar Derechos y proceder de acuerdo a instructivo de admisiones. Atención telefónica a paciente, familiares y/o Instituciones de salud. Registrar en la base de datos de remisiones de pacientes comentados vía telefónica a Institución de salud o EAPB.	Auxiliar administrativo (Admisiones y Referencia)	Registro de ingresos a urgencias en el software de xenco Registro de remisiones Hoja de ruta
5	Registrar paciente que solicita atención, fecha y hora de llegada del paciente. Nota: Si el paciente es enviado por funcionario del Equipo de Salud, debe ser primero evaluado por el médico general para definir si tiene criterios para ser atendido por urgencias. Si el paciente fue atendido y derivado de la Consulta Externa, las órdenes médicas y otras conductas deben ser realizadas por el médico de la sala de observación.	Auxiliar administrativo (Admisiones)Médico General	Registro de llegada a urgencias en la lista en Dinámica. Historia clínica sistematizada – Dinámica.
6	Atención medica: El médico llama al usuario según clasificación del Triage y orden asignado para la atención, cuando la Urgencia lo permita, el personal debe saludar al paciente y presentarse.	Médico general de Urgencias.	Historia clínica sistematizada

	Brinda la atención de urgencias de acuerdo con las guías y protocolos de manejo adoptados por la institución y se decide un Plan de manejo y tratamiento		
7	Previa autorización del médico o la Enfermera del servicio; Entrega escarapela al acompañante, la cual debe portar en lugar visible y entregar cuando salga o cuando cambie de acompañante.	Portero camillero o Vigilancia privada	Escarapela de acompañante.
8	Definición de la conducta: Acorde con la evaluación inicial se podrán tomar algunas de las siguientes decisiones: Dejar en observación: Usuarios que por su condición clínica de ingreso requieren evaluaciones posteriores luego de la instauración del tratamiento, para modificar, continuar, suspender o implementar nuevas conductas de acuerdo con la evolución clínica. Solicita ayuda diagnóstica de primer nivel: Diligencia el formato de órdenes de laboratorio y/o rayos X si aplica según la condición clínica del usuario y pertinencia médica. Todo resultado debe ser interpretado y consignado en la historia clínica del usuario. Los rayos x en el horario de lunes a viernes de 7:00am – 2:00pm se realizan en la sede Rosalpi Las muestras de laboratorio se toman en el laboratorio ubicado en la sede de Rosalpi los días lunes a viernes en el horario de 7am a 7pm y los sábados de 7am a 1 pm.- Para las sedes alternas las muestras de laboratorio se reciben en el horario de 7:00 am – a 9:00 am. se envían al laboratorio en la ambulancia o carro administrativo para su procesamiento (ver procedimiento envió de muestras de laboratorio). Las muestras de laboratorio de casos de violencia sexual se envían al laboratorio con el que se tenga contratación para su	Médico general	Historia sistematizada Consentimiento o informado para la presencia de estudiantes en su atención Consentimiento o informado por ingreso hospitalario

procesamiento.

En horario nocturno y festivo que no hay disponibilidad de tomas d muestra ara la institución para muestras urgentes se llamara al laboratorio contratado para tal fin.

Ordena interconsulta especializada: ([Ver procedimiento de referencia y contra referencia](#)) en los usuarios que por su condición clínica el médico tratante considere necesario una evaluación especializada para decidir una conducta; éste se transporta en ambulancia. ([Ver procedimiento de transporte en ambulancia](#)).

Referencia: Usuario que por su condición clínica requiere un nivel de mayor complejidad para su atención. (Ver procedimiento de Referencia).

Candidato a manejo en zona de transición: Es el área de primer contacto de los pacientes que acuden buscando la atención de urgencia, en este sitio se somete a un procedimiento diagnóstico y tratamiento rápido para poder tomar la decisión de ser enviados a su domicilio de forma segura, mejorando así la calidad de la atención y disminuir de los que son egresados del servicio

Criterios de Ingreso:

Evaluación diagnóstica aguda:

- Dolor abdominal
 - Dolor torácico
 - Sangrado de tubo digestivo
 - Trauma torácico o abdominal
 - Sobredosis medicamentosa
 - Fiebre en pacientes con enfermedad de base (oncológicos)
- Terapéutica de corta duración:
- Reacciones alérgicas
 - Crisis de asma
 - Deshidratación
 - Hiper o hipoglicemia
 - Infecciones con foco sin repercusión sistémica
 - Manejo de impregnación

para pacientes conocidos con crisis convulsivas•

Crisis de dolor en paciente con dolor crónico.
• Fracturas o Politraumatismos+ Tiempo de permanencia aproximado: 6 horas+

Capacidad: 12 unidades: 8 camillas y 4 sillas reclinables.

Criterios de No Ingreso:

- Pacientes para estudio
- Pacientes para realización de exámenes de laboratorio o gabinete para estudio
- Pacientes con padecimientos de larga evolución que no pongan en riesgo la estabilidad del paciente o bien su vida
- Pacientes con síndrome febril (estables)
- Pacientes que acudan para interconsulta de hospitales ajenos y que presenten estabilidad fisiológica
- Pacientes con traslado programado de las siguientes enfermedades:
 - Quemaduras
 - Fracturas o Politraumatismos+ Tiempo de permanencia aproximado: 6 horas+

Capacidad: 12 unidades: 8 camillas y 4 sillas reclinables

Criterios de No Ingreso:

- Pacientes para estudio
- Pacientes para realización de exámenes de laboratorio o gabinete para estudio
- Pacientes con padecimientos de larga evolución que no pongan en riesgo la estabilidad del paciente o bien su vida
- Pacientes con síndrome febril (estables)

- Pacientes que acudan para interconsulta de hospitales ajenos y que presenten estabilidad fisiológica

-Pacientes con traslado programado de las siguientes enfermedades:

- Quemaduras

Candidato a manejo en domicilio:

Los pacientes que pueden completar su tratamiento en casa o aquellos que son candidatos a tratamiento fuera del hospital son:

- Son capaces de tomar alimentos, agua y medicamentos por vía oral.

- Pueden obtener los medicamentos prescritos.

- Su dolor se reduce a niveles tolerables (aunque no esté completamente aliviado) con los fármacos.

- Pueden desplazarse en el entorno domiciliario y cuidar de sí mismos o tener la ayuda necesaria para hacerlo, lo que se traduce en que no haya riesgo social.

- Su situación no requiera el seguimiento diario con equipos hospitalarios.

- Se han programado las citas de seguimiento con sus médicos tratantes. Al dar egreso al paciente, se deberá dar documentación por escrito que incluya lo siguiente:

Diagnóstico principal al alta

- Todas las restricciones o modificaciones dietéticas recomendadas

- Cualquier restricción de actividad (como caminar, hacer ejercicio o conducir) o movimiento

- La necesidad de utilizar dispositivos.

	• de ayuda, como una silla de ruedas, un andador, muletas, o suplementos de oxígeno. • Instrucciones para el cuidado de las incisiones o heridas quirúrgicas. • En su caso, las instrucciones de cómo y cuándo medir en su domicilio la temperatura, la tensión arterial, glucometría, o el peso. • Una lista de los síntomas ante los cuales debería acudir a urgencias. • Las fechas y horas de las citas de seguimiento y revisión. • Una lista de los medicamentos actuales, que incluya qué dosis debe tomar, cuántas veces al día, y cuánto tiempo se deben tomar los fármacos. PUNTO DE CONTROL		
9	Ejecución del plan de manejo: Cumplimiento de órdenes médicas y atención por enfermería. Una vez realizado el ingreso y definida la conducta según el TRIAGE el personal de enfermería se encargará de colocar la identificación del paciente acorde al protocolo establecido para tal efecto: manillas blancas, identificación en cabeceras, identificación del riesgo (manilla roja) y en el tablero de la cabecera donde se encuentra ubicado el paciente debe colocarse la tarjeta específica del riesgo detectado. En caso de atención a menores de edad se les deberá colocar escarapela a su acompañante permanente con la misma información. (nombre y documento del menor) Para el acompañante deberá quedar claramente definido su carácter de acompañante tanto en	Enfermera y/o auxiliar de área de salud	Manilla de identificación (blanca) Manilla según riesgo (roja) con nombre completo y documento de identidad. Escarapela para acompañante

	manilla como en escarapela. Verificar que todo acompañante tenga la escarapela en lugar visible, y esta será entregada a vigilancia privada al momento del egreso o cada vez que cambie de acompañante.		
10	Ronda médica de observación para valoración y seguimiento médico: Revisar resultados de ayudas diagnósticas, evaluar nuevamente el usuario y definir conducta a seguir. Dejar registro en la historia clínica. De todo lo anterior (Explicar al usuario y/o su familia el resultado de laboratorio, evolución y procedimiento a seguir). Evaluar estado de salud del usuario, en observación u Hospitalización periódicamente, y cuantas veces sea necesario según evolución o solicitud de la auxiliar de enfermería. Nota: Para los pacientes en sala de observación evaluar cada 2 horas y a las 6 horas definir la conducta a seguir con el usuario. Aplica también para aquellos pacientes que están pendiente de remisión. Ordena plan de tratamiento y órdenes médicas. Determinar conducta a seguir (observación, solicitud de interconsulta, remisión o egreso) Punto de control Diligenciar en el sistema la documentación necesaria (evolución médica, ordenes médicas, epicrisis, remisión o solicitud de interconsulta) de acuerdo a la conducta tomada Informa la personal de enfermería la conducta a seguir y los pendientes en el manejo del paciente. Entrega los respectivos soportes diligenciados para iniciar los trámites necesarios de acuerdo al plan de manejo como: solicitud de interconsultas,	Médico de urgencias, Enfermera jefe, Auxiliar de Enfermería.	Historia clínica sistematizada

	autorizaciones de procedimientos de ayudas diagnosticas, egresos, remisiones a nivel de mayor complejidad. Punto de control		
11	Actualización del plan de cuidados: Revisa las órdenes médicas y actualiza la ejecución del plan de cuidados de acuerdo a las nuevas instrucciones, si es del caso. En caso de hospitalización pasar a la actividad N°: 18,19,20 Dar cumplimiento a las órdenes médicas, verificando su correcta interpretación, oportunidad y ejecución, de acuerdo con la conducta y el plan de manejo definido para el paciente. Orientar al paciente, acompañante o familiar sobre las actividades, cuidados, recomendaciones y procedimientos relacionados con la conducta definida, brindando información clara y verificando su comprensión.	Auxiliar del área de la salud Enfermera Profesional.	Historia clínica sistematizada – Dinámica. Nota de enfermería de ingreso
12	Si se define que el paciente tiene mejoría del cuadro clínico, se da salida con manejo en servicios ambulatorios Se orienta al Paciente, a su acompañante o a sus familiares, sobre las actividades pertinentes a la conducta definida. Punto de control	Médico general Médico urgencias, auxiliar enfermería, enfermería profesional	Formula médica, ordenes de paraclínicos
13	Egresos del servicio: Alta por mejoría del usuario: El médico tratante después de efectuado el plan de manejo realiza evaluación clínica, da de alta al usuario y deja registro de la atención, la conducta y el destino final del usuario en la Historia Clínica. Se suministra información sobre los siguientes	Médico de urgencias, auxiliar de enfermería, enfermería profesional	Historia clínica sistematizada, hoja de ruta, anexo 9, certificado de defunción,

aspectos:

- Dispensación de medicamentos en farmacia e instrucciones para una toma segura.

- Procedimiento a seguir para realización de ayudas Dx.

- Cuidados en casa e instrucciones sobre alimentación.

- Información sobre los **SIGNOS DE ALARMA** de acuerdo con la patología Educación pertinente.

- Revisión por consulta externa, si aplica, según guías de manejo.

- Remisión a programas de Promoción y Prevención.

Se debe validar y evaluar la comprensión de la información suministrada al usuario y su familia.

El personal de enfermería debe retirar los equipos de soporte y/o tratamiento del usuario.

Egreso del usuario por muerte: El personal médico verifica la muerte clínica del usuario que está dentro de la institución o que llega a ella y diligencia el certificado de defunción cuando aplica (Se consigna en la historia clínica el número de certificado de defunción, nombre y firma de quien recibe) o solicita la asistencia de la Fiscalía para el levantamiento.

El personal de enfermería retira equipos de soporte y/o de tratamiento (sondas, venoclisis) y prótesis.

Informa a la familia para disposición final del cuerpo.

El médico entrega el cadáver al familiar o a la Fiscalía según sea el caso.

El portero/auxiliar de enfermería traslada el

	occiso y sus pertenencias al depósito transitorio de cadáveres mientras la familia y/o autoridad competente decide el traslado final Las pertenencias se entregar, con inventario y firma, tanto del funcionario como el familiar, en caso de que no haya un familiar se hará con un testigo		
14	Explica nuevamente las recomendaciones y formula al paciente y acompañante; se desplaza con ellos junto con los soportes de facturación a la oficina de admisiones; allí lo entrega. Verifica la facturación y en caso de estar acorde, corta la manilla de identificación y se despide del paciente y familiar. El acompañante deberá entregar la escarapela a funcionario de vigilancia privada o portero asignado por la ESE.	Auxiliar del área de la salud. Auxiliar de admisiones. Paciente, familiar y/o acompañante.	Recomendaciones, formula médica, ordenes de exámenes y soportes de facturación.
15	Verifica que los soportes de facturación estén completos. Permite la salida del usuario y le informa al vigilante de seguridad privada.	Auxiliar administrativo y vigilancia privada o portero asignado por la ESE. Paciente, familiar y/o acompañante.	Recomendaciones médicas con el alta. Copia de la factura. El acompañante, si aplica, entrega escarapela a vigilancia privada.
16	Solicita y verifica boleta de salida y el visto bueno de facturación	Portero camillero o vigilancia privada	
17	Reportar acciones inseguras, eventos adversos Y situaciones administrativas que afecten la prestación del servicio.	Médico general, auxiliar área de la salud, enfermera, auxiliar de admisiones.	Reporte de incidentes y Eventos Adversos.
18	Solicitar cama para hospitalizar; informar Nombre completo del paciente, edad, Diagnóstico y condiciones especiales del paciente, riesgo detectado y tipo de dieta	Médico, auxiliar área de la salud	Historia clínica sistematizada completa, Kardex y consentimiento

	ordenada. Diligencia completamente el consentimiento informado para hospitalización y lo firma y solicita la firma del usuario Diligencia completamente el consentimiento informado para hospitalización y lo firma y solicita la firma del usuario		informado para hospitalización.
19	Trasladar el paciente, según su condición clínica, en silla de ruedas o camilla, al servicio de hospitalización, con registros completos.	Auxiliar del área de la salud y camillero de turno	Historia clínica sistematizada Historia clínica en físico Kardex, ordenes de laboratorio Hoja de registro de medicamentos, consentimiento s informados
20	Entregar al paciente con familiar y/o acompañante en el servicio de hospitalización	Auxiliar del área de la salud y camillero de turno	Historia clínica sistematizada Historia clínica en físico Kardex, ordenes de laboratorio Hoja de registro de medicamentos,

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

7.1. Normatividad

- Constitución Política de 1991 Título II, capítulo I, de los derechos, las garantías y los deberes, artículos 13 y siguientes, capítulo II, capítulo IV.
- Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de Seguridad Social integral y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
- Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- LEY 1438 DE 2011. "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".
- Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
- Resolución 5521 de 2013. Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Decreto número 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.
- Guías de Práctica clínica 2013 y siguientes, Min salud: Conjunto de recomendaciones dirigidas a apoyar a los profesionales de la salud, pacientes y grupos de interés en la toma de decisiones, que permitan una atención en salud integral basada en la mejor evidencia respecto de las opciones disponibles de promoción, prevención, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para situaciones clínicas o problemas de salud específicos.
- Resolución 3280 del 2018: Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.
- Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

7.2. Formatos

- Historia clínica sistematizada
- Kardex
- Consentimiento informado para procedimientos
- Consentimiento informado para la presencia de estudiantes en su atención
- Consentimiento informado para hospitalización
- Formatos de facturación
- Formatos de vigilancia epidemiológica
- Formatos de posible comisión de delito
- Certificados de defunción

- Reporte eventos adversos e incidentes página Web

7.3. Anexos

Anexo Técnico N.º 4 — Formato Único de Autorización de Servicios

RESOLUCIÓN NÚMERO

00004331 DE 2012

19 DIC 2012

HOJA N° 6

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009"

ANEXO TÉCNICO 4 FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NÚMERO AUTORIZACIÓN

Fecha:

Hora:

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

CÓDIGO:

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre

en

cc

Número

09

Código

Dirección prestador:

Teléfono:

indiviso

número

Departamento:

Municipio:

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil

☐ Tarjeta de identidad

☐ Cédula de ciudadanía

☐ Cédula de extranjería

☐ Pasaporte

☐ Adulto sin identificación

☐ Menor sin identificación

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento

Dirección de Residencia Habitual:

Departamento:

Municipio:

Teléfono:

Teléfono celular

Córea electrónica

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

☐ Consulta Externa

☐ Hospitalización

Servicio

Cama

Manejo Integral según Guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Recibo de fuente, bono o vale de pago

☐

Resaldo del prestador

☐ Concepto

☐ Cuota moderadora

☐ Copago

☐ Cuota de recuperación

☐ Otro

Valor en pesos

porcentaje (%)

Valor máximo (Tapa) en pesos

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR AL PACIENTE

Anexo Técnico N.º 10 — Formato Estandarizado de Contrarreferencia de Pacientes

[illegible]

Anexo Técnico N.º 11 — Contenido de los avisos

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009"

**ANEXO TÉCNICO N°11.
CONTENIDO DE LOS AVISOS - QUE OBLIGATORIAMENTE DEBEN PUBLICAR LAS
ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE
SALUD.**

**EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, RECUERDA A TODOS
LOS CIUDADANOS QUE REQUIEREN SERVICIOS DE SALUD, QUE:**

1. Las Entidades Responsables del Pago (EPS, Secretarías de Salud, Entidades Adaptadas) y los prestadores de servicios de salud tienen prohibido exigir fotocopias de documentos (Art.11 Decreto 4747 de 2007), excepto en casos de atención de víctimas de accidentes de tránsito (Decreto 3990 de 2007).
2. El acceso a los servicios de salud se hará a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad (Art. 22 Ley 1438 de 2011).
3. El trámite de la autorización de servicios de salud lo efectuará de manera directa la Institución Prestadora de Servicios de Salud ante la Entidad Promotora de Salud. Ningún trámite para la obtención de la autorización puede ser trasladado al usuario (Art.120 Decreto Ley 019 de 2012).
4. Las autorizaciones de servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud tendrán una vigencia no menor de dos (2) meses, contado a partir de la fecha de emisión.
5. Las fórmulas de medicamentos tendrán una vigencia no inferior a un (1) mes contado a partir de la fecha de su expedición y no requieren autorización adicional, excepto aquellos que no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud.
6. Para pacientes con patologías crónicas con manejo farmacológico, las entidades responsables de pago garantizarán la continuidad en el suministro de los medicamentos, mediante la prescripción por periodos no menores a 90 días con entregas no inferiores a un (1) mes.
7. Las autorizaciones asociadas a quimioterapia o radioterapia de pacientes con cáncer que sigan guías o protocolos acordados, se harán una única vez para todos los ciclos incluidos en la guía o protocolo. Para aquellos casos en que el oncólogo tratante prescriba la quimioterapia o radioterapia por fuera de las guías o protocolos acordados, la autorización deberá cubrir como mínimo los ciclos a realizar durante los siguientes seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la solicitud de autorización.
8. La autorización de oxígeno domiciliario para pacientes con patologías crónicas, se expedirá una única vez y sólo podrá ser desautorizada cuando el médico tratante disponga que no se requiere.
9. Las Entidades Promotoras de Salud deben garantizar la asignación de citas de medicina general u odontológica general a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud, sin que se tenga que hacer la solicitud de forma presencial (Art.123 Decreto Ley 019 de 2012).

**CONOZCA SUS DERECHOS, EXIJA SU CUMPLIMIENTO.
DENUNCIE LA VIOLACIÓN DE SUS DERECHOS A LA DIRECCIÓN
MUNICIPAL DE SALUD, PERSONERÍA MUNICIPAL, DIRECCIÓN
DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD, DEFENSORÍA DEL PUEBLO,
PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, SUPERINTENDENCIA
NACIONAL DE SALUD**

7.4. Lista de chequeo a candidatos de manejo domiciliario

- Son capaces de tomar alimentos, agua y medicamentos por vía oral.
- Pueden obtener los medicamentos prescritos.
- Su dolor se reduce a niveles tolerables (aunque no esté completamente aliviado) con los fármacos.
- Pueden desplazarse en el entorno domiciliario y cuidar de sí mismos o tener la ayuda necesaria para hacerlo.
- Su situación ya no requiere el seguimiento diario con equipos hospitalarios.
- Se han programado las citas de seguimiento con sus médicos.

7.5. Archivos

IDENTIFICACIÓN		ALMACENAMIENTO		CONDICIONES GENERALES			
CÓDIGO	NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	RESPONSABLE DE ARCHIVO	TIEMPO DE ARCHIVO	PROTECCIÓN	RECUPERACIÓN	DISPOSICIÓN
N.A.	Guías Médicas	Sedes de Urgencias	Coordinación del Servicio				
N.A.	Factura	Admisiones	Admisiones facturación -				
N.A.	Historia Clínica	Archivo Clínico	Auxiliar Administrativo de Archivo				
N.A.	Orden de laboratorio	N.A.	N.A.				
N.A.	Certificado de defunción	Oficina de Estadística	Auxiliar Administrativo de Estadística				
Anexo N° 2	Técnico	Atención inicial de urgencias	Historia clínica	- historia clínica			
Anexo N° 4	Técnico	Formato único de autorización de servicios	Historia clínica - Atención del usuario	Historia clínica Atención del usuario			
Anexo N° 9	Técnico	Formato estandarizado de referencia de pacientes	Historia clínica Atención del usuario	Auxiliar de archivo. Auxiliar de atención del usuario			
Anexo N° 10	Técnico	Formato estandarizado de contrareferencia de pacientes	Historia clínica Atención del usuario	Auxiliar de archivo. Auxiliar de atención del usuario			

8. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Cambio	Descripción del cambio	Elaborado / Revisado	Aprobación
01	Septiembre de 2015	No aplica para la primera versión.	Coordinación medica / Calidad	Gerencia
02	Diciembre de 2016	Se revisa procedimiento sin cambios.	Coordinación medica / Calidad	Gerencia
03	Mayo de 2018	Se revisa y ajusta la normatividad.	Coordinación medica / Calidad	Gerencia
04	Octubre de 2020	Se ajusta el objetivo general. Se actualiza la normatividad y se ajustan las definiciones. Se actualizan los procedimientos según reforma de la nueva infraestructura de urgencias y se anexan los formatos. Se unifica con el procedimiento de atención médica.	Coordinación medica / Calidad	Gerencia
05	Enero de 2025	Se revisa y ajusta la normatividad. Se ajustan las definiciones y la descripción paso a paso.	Coordinación medica / Calidad	Gerencia
06	Septiembre 2026	Estructura, enfoque y diferencial y codificación.	Coordinación medica / Calidad	Gerencia