

## I. DISPOSICIONS GENERALS

### 1. PRESIDÈNCIA I CONSELLERIES DE LA GENERALITAT VALENCIANA

#### Conselleria de Sanitat

*ORDRE de 14 de setembre de 2001, de la Conselleria de Sanitat, per la qual es normalitzen els documents bàsics de la història clínica hospitalària de la Comunitat Valenciana i se'n regula la conservació. [2001/F9723]*

El Decret 56/1988, de 25 d'abril, del Consell de la Generalitat Valenciana, estableix l'obligatorietat d'una història clínica única per pacient i institució que englobe de forma unitària la documentació generada per l'assistència al malalt, tant en l'àrea d'urgències com en les àrees de consultes externes i d'hospitalització. Aquesta obligació és exigible a tots els centres existents a la Comunitat Valenciana, tant públics com privats. En el seu article segon, determina la informació que ha de contenir tota història clínica d'Atenció Especialitzada i en el tercer estableix que els documents que suporten la dita informació hauran de ser normalitzats en la seua estructura física i lògica.

La història clínica és un expedient complex amb múltiples fins i constituït per documents molt heterogenis i de procedències distintes. No obstant això, en la història clínica d'Atenció Especialitzada es distingeixen uns documents que són d'ús comú en tots els centres i que constitueixen la documentació clínica bàsica. Aquesta ordre pretén la normalització d'aquests documents bàsics tant en els aspectes formals com en el contingut. Per a la resta de la documentació específica, que forma part de la història clínica, es marquen pautes sobre aspectes formals sense entrar en el disseny del contingut, que serà propi de cada centre.

La normalització té per objecte permetre la constitució física d'una col·lecció documental única que integre materials procedents de diferents serveis o institucions, facilitar la recollida de dades i la consulta, millorar l'aspecte dels documents i disminuir els costos d'impressió.

Les històries clíniques, com a unitats arxivístiques específiques elaborades en el procés assistencial dels malalts en els hospitals valencians, formen part del patrimoni documental valencià i, per tant, la reglamentació de tots els aspectes de la seua conservació i expurgació s'han de basar en la Llei 4/1998, d'11 de juny, de la Generalitat Valenciana, del Patrimoni Cultural Valencià, tal com preveu el seu article 84. En l'actualitat, la situació dels arxius d'històries clíniques dels hospitals valencians, encara que no és òptima, és la que presenta un millor grau d'estructuració de serveis d'arxiu i gestió documental de l'administració valenciana, al mateix temps que disposen de personal especialitzat, els metges documentalistes.

Actualment les històries clíniques conformen un volum documental l'emmagatzemament del qual planteja conflictes d'espai en els arxius dels centres d'Atenció Especialitzada, tant pel creixement elevat i constant del nombre de noves històries clíniques com per l'augment del volum. Davant la impossibilitat d'incrementar la capacitat dels arxius en la majoria de centres i l'elevat cost econòmic que representaria aquest augment d'espai, es planteja com una solució alternativa la reducció del volum dels expedients, seleccionant els documents que contenen les històries i conservant de manera indefinida aquells que són essencials, garantint que els usos de la història clínica quant a la correcta assistència al pacient, la formació, la docència, la investigació i el seu valor per a establir les bases de l'assistència sanitària de la població, queden absolutament preservats. Al contrari, es permet, passat un temps raonable, l'expurgació de la resta de documents.

Per a planificar la conservació, selecció i expurgació dels documents de les històries clíniques i garantir administrativament el procés, es crea una Comissió de Selecció i Conservació de la Documentació Clínica, amb la participació de la Conselleria de Cultura i

## I. DISPOSICIONES GENERALES

### 1. PRESIDENCIA Y CONSELLERIAS DE LA GENERALITAT VALENCIANA

#### Conselleria de Sanidad

*ORDEN de 14 de septiembre de 2001, de la Conselleria de Sanidad, por la que se normalizan los documentos básicos de la historia clínica hospitalaria de la Comunidad Valenciana y se regula su conservación. [2001/F9723]*

El Decreto 56/1988, de 25 de abril, del Consell de la Generalitat Valenciana establece la obligatoriedad de una historia clínica única por paciente e institución que englobe de forma unitaria la documentación generada por la asistencia al enfermo, tanto en el área de urgencias como en las áreas de consultas externas y de hospitalización. Esta obligación es exigible a todos los centros existentes en la Comunidad Valenciana, tanto públicos como privados. En su artículo segundo, determina la información que debe contener toda historia clínica de Atención Especializada y en el tercero establece que los documentos que soporten dicha información deberán ser normalizados en su estructura física y lógica.

La historia clínica es un expediente complejo con múltiples fines y constituido por documentos muy heterogéneos y de procedencias distintas. No obstante, en la historia clínica de Atención Especializada se distinguen unos documentos que son de uso común en todos los centros y que constituyen la documentación clínica básica. Esta orden pretende la normalización de estos documentos básicos tanto en los aspectos formales como en el contenido. Para el resto de la documentación específica, que forma parte de la historia clínica, se marcan pautas sobre aspectos formales sin entrar en el diseño del contenido, que será propio de cada centro.

La normalización tiene por objeto permitir la constitución física de una colección documental única que integre materiales procedentes de distintos servicios o instituciones, facilitar la recogida de datos y la consulta, mejorar el aspecto de los documentos y disminuir los costes de impresión.

Las historias clínicas, como unidades archivísticas específicas elaboradas en el proceso asistencial de los enfermos en los hospitales valencianos, forman parte del patrimonio documental valenciano por lo que la reglamentación de todos los aspectos de su conservación y expurgo se han de basar en la Ley 4/1998, de 11 de junio, de la Generalitat Valenciana, del Patrimonio Cultural Valenciano, tal como se prevé en su artículo 84. En la actualidad, la situación de los archivos de historias clínicas de los hospitales valencianos, aunque no es óptima, es la que presenta un mejor grado de estructuración de servicios de archivo y gestión documental de la administración valenciana, a la vez que disponen de personal especializado, los médicos documentalistas.

Actualmente las historias clínicas conforman un volumen documental cuyo almacenamiento plantea conflictos de espacio en los archivos de los centros de Atención Especializada, tanto por el crecimiento elevado y constante del número de nuevas historias clínicas como por el aumento del volumen de las mismas. Ante la imposibilidad de incrementar la capacidad de los archivos en la mayoría de centros, y el elevado coste económico que representaría este aumento de espacio, se plantea como una solución alternativa la reducción del volumen de los expedientes, seleccionando los documentos que contienen las historias y conservando de manera indefinida aquellos que son esenciales, garantizando que los usos de la historia clínica en cuanto a la correcta asistencia al paciente, la formación, la docencia, la investigación y su valor para establecer las bases de la asistencia sanitaria de la población, queden absolutamente preservados. Por el contrario, se permite, pasado un tiempo razonable, el expurgo del resto de documentos.

Para planificar la conservación, selección y expurgo de los documentos de las historias clínicas y garantizar administrativamente el proceso, se crea una Comisión de Selección y Conservación de la Documentación Clínica, con la participación de la Con-

Educació, a través de la Direcció General del Llibre, Arxius i Biblioteques.

La present ordre es proposa, per tant, normalitzar els documents clínics bàsics de la història clínica d'Atenció Especialitzada, en el seu aspecte formal i contingut, i fixar-ne els terminis mínims de conservació, atenent les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut i seguint antecedents semblants del nostre entorn.

Per tant,

#### ORDENE

##### Article 1. Objecte

L'objecte de la present ordre és la normalització dels documents bàsics de les històries clíniques dels centres d'Atenció Especialitzada de la Comunitat Valenciana, i la regulació de la conservació i l'expurgació, amb la finalitat de reduir la massa documental dels arxius, preservant aquells documents que tinguen un valor clínic i científic.

##### Article 2. Àmbit d'aplicació

Aquesta ordre serà d'aplicació en tots els centres hospitalaris, tant públics com privats, existents a la Comunitat Valenciana.

##### Article 3. Normalització dels documents.

S'estableixen com a normes generals per a tots els documents que constitueixen la història clínica, les següents:

La grandària del paper haurà d'adoptar sèries internacionals. Sempre que siga possible s'aconsella la grandària DIN A4 (210 x 297 mm)

En el disseny del document haurà d'incloure un encapçalament comú que arregle les dades identificadores de l'hospital i del malalt i el títol del document. El títol de cada document haurà de ser clar i concís i indicar-ne amb precisió el contingut.

Hauran de respectar-se els marges establits, de 10 mm el superior, l'inferior i el dret i de 20 mm l'esquerre.

La qualitat del paper haurà de ser adequada, tenint en compte el desgast a què es veurà sotmesa la documentació.

Serà convenient que estiga perforat en el marge esquerre per a facilitar-ne la incorporació a la carpeta de la història clínica.

Podrà usar-se codificació de color per a distingir un determinat imprès o grup d'impressos. No obstant és aconsellable imprimir només sobre paper blanc, deixant unes franges acolorides per al codi en el marge dret.

La carpeta contenidora de la documentació haurà d'incloure, com a mínim, les dades següents:

En l'anvers de portada anterior de la carpeta:

- Identificació de la institució.
- Identificació del centre.
- Número d'història clínica.
- Cognoms i nom del pacient.
- SIP (Sistema d'Informació Poblacional)
- Nota indicativa de les característiques de confidencialitat de la informació que alberga.

En el revers de la portada anterior de la carpeta haurà d'anar impresa la pauta d'ordenació dels documents.

##### Article 4. Documents bàsics de la història clínica. Contingut i conservació.

La història clínica és la unitat arxivística formada per tots els documents generats per l'assistència al malalt, tant en l'àrea d'urgències com en les àrees de consultes externes i d'hospitalització.

Els documents bàsics de la història clínica d'Atenció Especialitzada són els següents:

1. Full de sol·licitud d'ingrés

Contingut mínim:

- Dades identificadores i ubicació o procedència del pacient.
- Anotacions referents a:

selleria de Cultura y Educación, a través de la Dirección General del Libro, Archivos y Bibliotecas.

La presente orden se propone, por tanto, normalizar los documentos clínicos básicos de la historia clínica de Atención Especializada, en su aspecto formal y contenido, y fijar los plazos mínimos de conservación de los mismos, atendiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y siguiendo antecedentes similares de nuestro entorno.

Por tanto,

#### ORDENO

##### Artículo 1. Objeto

El objeto de la presente orden es la normalización de los documentos básicos de las historias clínicas de los centros de Atención Especializada de la Comunidad Valenciana, y la regulación de la conservación y el expurgo de los mismos, con la finalidad de reducir la masa documental de los archivos, preservando aquellos documentos que tengan un valor clínico y científico.

##### Artículo 2. Ambito de aplicación

Esta orden será de aplicación en todos los centros hospitalarios, tanto públicos como privados, existentes en la Comunidad Valenciana.

##### Artículo 3. Normalización de los documentos.

Se establecen como normas generales para todos los documentos que constituyen la historia clínica, las siguientes:

El tamaño del papel deberá adoptar series internacionales. Siempre que sea posible se aconseja el tamaño DIN A4 (210 x 297 mm)

En el diseño del documento deberá incluir un encabezamiento común que recoja los datos identificativos del hospital y del enfermo y el título del documento. El título de cada documento deberá ser claro y conciso e indicar con precisión el contenido del mismo.

Deberán respetarse los márgenes establecidos, de 10 mm el superior, el inferior y el derecho y de 20 mm el izquierdo.

La calidad del papel deberá ser adecuada, teniendo en cuenta el desgaste al que se verá sometida la documentación.

Será conveniente que esté perforado en el margen izquierdo para facilitar su incorporación a la carpeta de la historia clínica.

Podrá usarse codificación de color para distinguir un determinado impreso o grupo de impresos. Sin embargo es aconsejable imprimir sólo sobre papel blanco, dejando unas franjas coloreadas para el código en el margen derecho.

La carpeta contenedora de la documentación deberá recoger como mínimo, los siguientes datos:

En el anverso de portada anterior de la carpeta:

- Identificación de la institución.
- Identificación del centro.
- Número de historia clínica.
- Apellidos y nombre del paciente.
- SIP (Sistema de Información Poblacional)
- Nota indicativa de las características de confidencialidad de la información que alberga.

En el reverso de la portada anterior de la carpeta deberá ir impresa la pauta de ordenación de los documentos.

##### Artículo 4. Documentos básicos de la historia clínica. Contenido y conservación.

La historia clínica es la unidad archivística formada por todos los documentos generados por la asistencia al enfermo, tanto en el área de urgencias como en las áreas de consultas externas y de hospitalización.

Los documentos básicos de la historia clínica de Atención Especializada son los siguientes:

1. Hoja de solicitud de ingreso

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos identificativos y ubicación o procedencia del paciente.
- Anotaciones referentes a:

Motiu de l'ingrés.  
Tipus d'ingrés.  
Diagnòstic provisional.  
Servei a càrrec de l'ingrés.  
Metge que sol·licita l'ingrés.  
Observacions amb relació al pacient que es consideren d'interés ressaltar.

Data, hora i firma.

Es conservarà com a mínim cinc anys a partir de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atés en l'hospital.

## 2. Full clínicoadministratiu de consulta externa

Contingut mínim:

- Dades d'identificació, ubicació o procedència del pacient.
- Dades d'admissió i clínics d'interés.
- Dades de l'alta.

Es conservarà com a mínim cinc anys a partir de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atés en l'hospital.

## 3. Full clínicoadministratiu d'hospitalització

Contingut mínim:

- Dades d'identificació, ubicació o procedència del pacient.
- Dades d'una persona de contacte.
- Dades relacionades amb l'ingrés.
- Dades relacionades amb l'alta, on es fa constar la conformitat de l'alta pel metge.

Es conservarà com a mínim cinc anys a partir de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atés en l'hospital.

## 4. Full d'urgències

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.

- Dades relacionades amb l'assistència al pacient en urgències, que inclou:

Anamnesi; exploració i tractament de l'administrat.

Impressió diagnòstica.

Tractament recomanat a seguir.

Dades d'eixida del pacient.

Es conservarà com a mínim cinc anys a partir de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atés en l'hospital.

## 5. Full d'informe d'alta

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.
- Domicili del pacient.
- Data i motiu de l'alta.
- Informe segons pauta indicativa.
- Diagnòstic principal i diagnòstics secundaris.
- Intervencions realitzades al pacient.
- Destinació del pacient i data, nom i firma del metge responsable.

Es conservarà indefinidament, utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

## 6. Full de continuació d'informe d'alta

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.
- Continuació de l'informe d'alta.

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

## 7. Full de petició d'alta voluntària

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.
- Dades d'identificació de la persona que sol·licita l'alta.
- Text indicatiu de la contraindicació de l'alta.

Motivo del ingreso.

Tipo de ingreso.

Diagnóstico provisional.

Servicio a cargo del ingreso.

Médico que solicita el ingreso.

Observaciones con relación al paciente que se consideren de interés resaltar.

Fecha, hora y firma.

Se conservará como mínimo cinco años a partir de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital.

## 2. Hoja clínico-administrativa de consulta externa

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación, ubicación o procedencia del paciente.
- Datos de admisión y clínicos de interés.
- Datos del alta.

Se conservará como mínimo cinco años a partir de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital.

## 3. Hoja clínico-administrativa de hospitalización

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación, ubicación o procedencia del paciente.
- Datos de una persona de contacto.
- Datos relacionados con el ingreso.
- Datos relacionados con el alta, donde se hace constar la conformidad del alta por el médico.

Se conservará como mínimo cinco años a partir de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital.

## 4. Hoja de urgencias

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.
- que incluye:

Anamnesis; exploración y tratamiento administrado.

Impresión diagnóstica.

Tratamiento recomendado a seguir.

Datos de salida del paciente.

Se conservará como mínimo cinco años a partir de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital.

## 5. Hoja de informe de alta

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.
- Domicilio del paciente.
- Fecha y motivo del alta.
- Informe según pauta indicativa.
- Diagnóstico principal y diagnósticos secundarios.
- Intervenciones realizadas al paciente.
- Destino del paciente y fecha, nombre y firma del médico responsable.

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

## 6. Hoja de continuación de informe de alta

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.
- Continuación del informe de alta.

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

## 7. Hoja de petición de alta voluntaria

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.
- Datos de identificación de la persona que solicita el alta.
- Texto indicativo de la contraindicación del alta.

- Motiu de l'alta.
- Noms del metge i servei responsables del pacient.
- Firmes del metge i del peticionari.

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

#### 8. Full de petició d'estudi post mortem

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.
- Resum de la història clínica especificant tractaments i/o tècniques quirúrgiques realitzades al pacient i diagnòstic clínic.
- Anotacions sobre la possible causa de mort.
- Riscos especials que obliguen el patòleg a prendre mesures d'autoprotecció.

Aquest document podrà expurgar-se si hi ha l'informe de l'estudi post mortem. En cas contrari se l'haurà de conservar indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

#### 9. Full d'informe d'estudi post mortem macroscòpic

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.
- Relat detallat de les troballes macroscòpiques realitzades per l'anatomopatòleg.
- Diagnòstic anatomopatològic.

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

#### 10. Full d'informe d'estudi post-mortem microscòpic

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.
- Relat detallat de les troballes microscòpiques realitzades per l'anatomopatòleg.
- Diagnòstic anatomopatològic.

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

#### 11. Full d'autorització

Contingut mínim:

- Dades identificadores i ubicació o procedència del pacient.
- Dades d'identificació de la persona que realitza l'autorització.
- Procediment diagnòstic, mètode quirúrgic o tècnica autoritzada.

- Text explicatiu sobre la informació transmesa al pacient.
- Nom del metge que realitza la indicació.

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

#### 12. Full de donació d'òrgans

Contingut mínim:

- Dades identificadores i ubicació o procedència del pacient.
- Dades d'identificació de la persona que declara la voluntat del pacient.
- Manifest de conformitat amb la donació d'acord amb la legislació vigent.
- Nom i firma de la persona sol·licitant.

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

#### 13. Full d'autorització d'assaig clínic

Contingut mínim:

- Dades identificadores i d'ubicació o procedència del pacient.
- Consta de dos annexos:
  - L'annex 1, que expressa el consentiment del subjecte per escrit.
  - L'annex 2, que inclou el consentiment informat del pacient davant de testimoni.

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

- Motivo del alta.
- Nombres del médico y servicio responsables del paciente.
- Firmas del médico y del peticionario.

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

#### 8. Hoja de petición de estudio post mortem

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.
- Resumen de la historia clínica especificando tratamientos y/o técnicas quirúrgicas realizadas al paciente y diagnóstico clínico.
- Anotaciones sobre la posible causa de muerte.
- Riesgos especiales que obliguen al patólogo a tomar medidas de autoprotección.

Este documento podrá expurgarse si existe el informe del estudio post mortem. En caso contrario deberá conservarse indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

#### 9. Hoja de informe de estudio post mortem macroscópico

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.
- Relato detallado de los hallazgos macroscópicos realizados por el anatomopatólogo.
- Diagnóstico anatomopatológico.

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

#### 10. Hoja de informe de estudio post-mortem microscópico

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.
- Relato detallado de los hallazgos microscópicos realizados por el anatomopatólogo.
- Diagnóstico anatomopatológico.

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

#### 11. Hoja de autorización

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos identificativos y ubicación o procedencia del paciente.
- Datos de identificación de la persona que realiza la autorización.
- Procedimiento diagnóstico, método quirúrgico o técnica autorizada.

- Texto explicativo sobre la información transmitida al paciente.
- Nombre del médico que realiza la indicación.

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

#### 12. Hoja de donación de órganos

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos identificativos y ubicación o procedencia del paciente.
- Datos de identificación de la persona que declara la voluntad del paciente.
- Manifiesto de conformidad con la donación de acuerdo con la legislación vigente.
- Nombre y firma de la persona solicitante.

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

#### 13. Hoja de autorización de ensayo clínico

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos identificativos y de ubicación o procedencia del paciente.
- Consta de dos anexos:
  - El anexo 1, que expresa el consentimiento del sujeto por escrito.
  - El anexo 2, que incluye el consentimiento informado del paciente ante testigo.

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

## 14. Full d'autorització d'autòpsia

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.
- Dades d'identificació de la persona representant legal del mort.
- Observacions sobre la/les part/s que es desitja deixar intacta/es durant l'autòpsia.

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

## 15. Full de llista de problemes

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.
- Diagnòstics previs.
- Número del problema.
- Data d'introducció.
- Descripció del problema.
- Data de modificació o adscripció.
- Data de tancament.

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

## 16. Full d'anamnesi

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.
- Anotacions referents a:
  - Motiu de la consulta.
  - Antecedents.
  - Interrogatori per aparells
  - Nom i firma del metge encarregat.

Aquest document haurà de conservar-se indefinidament si no hi ha informe d'alta, utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació. Si hi ha informe d'alta, podrà expurgar-se als cinc anys de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atès en l'hospital.

## 17. Full d'exploració clínica

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.
- Anotacions referents a:
  - Exploració del pacient.
  - Juí diagnòstic provisional.
  - Pla diagnòstic i terapèutic.
  - Nom i firma del metge encarregat.

Aquest document haurà de conservar-se indefinidament si no hi ha informe d'alta, utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació. Si hi ha informe d'alta, podrà expurgar-se als cinc anys de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atès en l'hospital.

## 18. Full de valoració d'infermeria

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.
- Situació del pacient a l'ingrés segons pauta.
- Anotacions referents als problemes detectats i pla de cures.

- Pla d'alta.

Es conservarà com a mínim cinc anys a partir de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atès en l'hospital.

## 19. Full de demanda quirúrgica programada

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i d'ubicació o procedència del pacient.
- Anotacions clíniques referents al diagnòstic i procedència i la seua codificació corresponent.
- Tipus d'anestèsia prevista.
- Data, nom i firma del facultatiu.
- Consentiment informat del pacient.
- Domicili complet i telèfons del pacient.

## 14. Hoja de autorización de autopsia

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.
- Datos de identificación de la persona representante legal del fallecido.
- Observaciones acerca de la/s parte/s que se desea dejar intacta/s durante la autopsia.

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

## 15. Hoja de lista de problemas

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.
- Diagnósticos previos.
- Número del problema.
- Fecha de introducción.
- Descripción del problema.
- Fecha de modificación o adscripción.
- Fecha de cierre.

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

## 16. Hoja de anamnesis

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.
- Anotaciones referentes a:
  - Motivo de la consulta.
  - Antecedentes.
  - Interrogatorio por aparatos
  - Nombre y firma del médico encargado.

Este documento deberá conservarse indefinidamente si no hay informe de alta, utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación. Si existe informe de alta, podrá expurgarse a los cinco años de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital.

## 17. Hoja de exploración clínica

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.
- Anotaciones referentes a:
  - Exploración del paciente.
  - Juicio diagnóstico provisional.
  - Plan diagnóstico y terapéutico.
  - Nombre y firma del médico encargado.

Este documento deberá conservarse indefinidamente si no hay informe de alta, utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación. Si existe informe de alta, podrá expurgarse a los cinco años de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital.

## 18. Hoja de valoración de enfermería

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.
- Situación del paciente al ingreso según pauta.
- Anotaciones referentes a los problemas detectados y plan de cuidados.
- Plan de alta.

Se conservará como mínimo cinco años a partir de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital.

## 19. Hoja de demanda quirúrgica programada

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y de ubicación o procedencia del paciente.
- Anotaciones clínicas referentes al diagnòstic i procedència i la seua codificació corresponente.
- Tipo de anestesia prevista.
- Fecha, nombre y firma del facultativo.
- Consentimiento informado del paciente.
- Domicilio completo y teléfonos del paciente.

Es conservarà com a mínim cinc anys a partir de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atès en l'hospital.

#### 20. Full d'informe quirúrgic

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i d'ubicació o procedència del pacient.
- Equip quirúrgic.
- Diagnòstic postoperatori
- Intervenció realitzada i protocol quirúrgic amb pauta orientativa en marge esquerre.
- Altres dades d'interès com a peça/ces extirpades, biòpsies, etc.

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

#### 21. Full preoperatori

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i d'ubicació o procedència del pacient.
- Equip quirúrgic.
- Diagnòstic postoperatori
- Intervenció realitzada i protocol quirúrgic amb pauta orientativa en marge esquerre.
- Altres dades d'interès com a peça/ces extirpades, biòpsies, etc.

Es conservarà com a mínim cinc anys a partir de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atès en l'hospital.

#### 22. Full de preanestèsia

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.
- Antecedents clínics d'interès per a l'administració de l'anestèsia.
- Resum de malalties anteriors, patologia actual associada, tractament actual i altres dades d'interès que pogueren influir en l'elecció de l'anestèsia.
- Tipus d'anestèsia prevista.
- Dades importants d'exploració física, analítica i exploracions complementàries.
- Quantificació del risc ponderat i conclusions.

Es conservarà com a mínim cinc anys a partir de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atès en l'hospital.

#### 23. Full d'anestèsia

Contingut mínim:

- Dades d'identificació, ubicació o procedència del pacient.
- Dades de talla, pes, posició, diagnòstic i intervenció.
- Medicació preanestèsica utilitzada i balanç hídric.
- Dades relatives a anestèsia regional.
- Registre de constants vitals monitoritzades.
- Tipus de respiració, diuresi, fracció d'oxigen inspirat i saturació d'oxigen.

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

#### 24. Full de postanestèsia

Contingut mínim:

- Dades d'identificació del pacient.
- Anotacions referents a:
  - Quiròfan de procedència, tècnica anestèsica i intervenció realitzada.
  - Perfusions i medicacions administrades.
  - Anotacions referents al seguiment de l'estat de consciència, motilitat, respiració, dolor, constants vitals i pèrdues.
  - Observacions del metge.
  - Observacions d'infermeria.

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

Se conservará como mínimo cinco años a partir de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital.

#### 20. Hoja de informe quirúrgico

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y de ubicación o procedencia del paciente.
  - Equipo quirúrgico.
  - Diagnóstico postoperatorio
  - Intervención realizada y protocolo quirúrgico con pauta orientativa en margen izquierdo.
  - Otros datos de interés como pieza/s extirpadas, biopsias, etc.
- Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

#### 21. Hoja preoperatoria

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y de ubicación o procedencia del paciente.
- Equipo quirúrgico.
- Diagnóstico postoperatorio
- Intervención realizada y protocolo quirúrgico con pauta orientativa en margen izquierdo.
- Otros datos de interés como pieza/s extirpadas, biopsias, etc.

Se conservará como mínimo cinco años a partir de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital.

#### 22. Hoja de preanestesia

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.
- Antecedentes clínicos de interés para la administración de la anestesia.
- Resumen de enfermedades anteriores, patologia actual asociada, tratamiento actual y otros datos de interés que pudieran influir en la elección de la anestesia.
- Tipo de anestesia prevista.
- Datos importantes de exploración física, analítica y exploraciones complementarias.
- Cuantificación del riesgo ponderado y conclusiones.

Se conservará como mínimo cinco años a partir de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital.

#### 23. Hoja de anestesia

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación, ubicación o procedencia del paciente.
- Datos de talla, peso, posición, diagnóstico e intervención.
- Medicación preanestésica utilizada y balance hídrico.
- Datos relativos a anestesia regional.
- Registro de constantes vitales monitorizadas.
- Tipo de respiración, diuresis, fracción de oxígeno inspirado y saturación de oxígeno.

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

#### 24. Hoja de postanestesia

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación del paciente.
- Anotaciones referentes a:
  - Quirófano de procedencia, técnica anestésica e intervención realizada.
  - Perfusiones y medicaciones administradas.
  - Anotaciones referentes al seguimiento del estado de conciencia, motilidad, respiración, dolor, constantes vitales y pérdidas.
  - Observaciones del médico.
  - Observaciones de enfermería.

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

## 25. Full d'evolució

Contingut mínim:

– Dades d'identificació del pacient.

Anotacions referents a:

– Quiròfan de procedència, tècnica anestèsica i intervenció realitzada.

– Perfusions i medicacions administrades.

– Anotacions referents al seguiment de l'estat de consciència, motilitat, respiració, dolor, constants vitals i pèrdues.

– Observacions del metge.

– Observacions d'infermeria.

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

## 26. Full de tractament (convencional)

Contingut mínim:

– Dades identificadores i ubicació o procedència del pacient.

Anotacions referents a:

– Al·lèrgies medicamentoses.

– Tractament prescrit a les pacients i dades de la seua administració.

– Dietes prescrites.

– Data i hora de la seua administració.

Es conservarà com a mínim cinc anys a partir de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atès en l'hospital.

## 27. Full de tractament (unidosis)

Es conservarà com a mínim cinc anys a partir de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atès en l'hospital.

## 28. Full d'administració de medicaments

Contingut mínim:

– Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.

– Medicació que se li administra al pacient especificant presentació, dosi, via i freqüència de la posologia.

– Hora de l'administració i firma del personal d'infermeria que administra la medicació.

Es conservarà com a mínim cinc anys a partir de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atès en l'hospital.

## 29. Full d'interconsulta

Contingut mínim:

– Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.

– Dades de sol·licitud que inclouen: tipus de consulta, domicili i telèfon del pacient, consulta sol·licitades i dades clíniques que la justifiquen.

– Informe de l'especialista que atén la sol·licitud.

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

## 30. Full de treball social

Contingut mínim:

– Dades identificadores del pacient.

– Dades relatives al lloc de procedència de la petició, persona que la formula, data i motiu de la consulta.

– Dades sobre la família de les pacients i dades socials d'interès.

– Definició del problema social, intervenció familiar, recurs aplicat per a la solució del problema i avaluació de la problemàtica social.

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

## 31. Full de sol·licitud d'estudi citològic

Contingut mínim:

– Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.

– Dades de sol·licitud i tipus de mostra.

## 25. Hoja de evolución

Su contenido mínimo será el siguiente:

– Datos de identificación del paciente.

Anotaciones referentes a:

– Quirófano de procedencia, técnica anestésica e intervención realizada.

– Perfusiones y medicaciones administradas.

– Anotaciones referentes al seguimiento del estado de conciencia, motilidad, respiración, dolor, constantes vitales y pérdidas.

– Observaciones del médico.

– Observaciones de enfermería.

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

## 26. Hoja de tratamiento (convencional)

Su contenido mínimo será el siguiente:

– Datos identificativos y ubicación o procedencia del paciente.

Anotaciones referentes a:

– Alergias medicamentosas.

– Tratamiento prescrito al paciente y datos de su administración.

– Dietas prescritas.

– Fecha y hora de su administración.

Se conservará como mínimo cinco años a partir de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital.

## 27. Hoja de tratamiento (unidosis)

Se conservará como mínimo cinco años a partir de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital.

## 28. Hoja de administración de medicamentos

Su contenido mínimo será el siguiente:

– Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.

– Medicación que se le administra al paciente especificando presentación, dosis, vía y frecuencia de la posología.

– Hora de la administración y firma del personal de enfermería que administra la medicación.

Se conservará como mínimo cinco años a partir de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital.

## 29. Hoja de interconsulta

Su contenido mínimo será el siguiente:

– Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.

– Datos de solicitud que incluyen: tipo de consulta, domicilio y teléfono del paciente, consulta solicitada y datos clínicos que la justifican.

– Informe del especialista que atiende la solicitud.

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

## 30. Hoja de trabajo social

Su contenido mínimo será el siguiente:

– Datos identificativos del paciente.

– Datos relativos al lugar de procedencia de la petición, persona que la formula, fecha y motivo de la consulta.

– Datos sobre la familia del paciente y datos sociales de interés.

– Definición del problema social, intervención familiar, recurso aplicado para la solución del problema y evaluación de la problemática social.

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

## 31. Hoja de solicitud de estudio citológico

Su contenido mínimo será el siguiente:

– Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.

– Datos de solicitud y tipo de muestra.

– Dades clíniques d'interès (s'inclouen unes dades a reomplir només en la sol·licitud de la citologia ginecològica).

– Peces remeses i biòpsies o citologies prèvies realitzades al pacient.

Aquest document podrà esporgar-se quan existisca l'informe citològic. Si no n'hi ha, es conservarà indefinidament, utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

### 32. Full d'informe citològic

Contingut mínim:

– Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.

– Número de mostra i descripció de la citologia.

– Resum del diagnòstic pautat i observacions a aquest

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

### 33. Full d'informe de citologia ginecològica

Contingut mínim:

– Dades d'identificació i ubicació o procedència de la pacient.

– Número de mostra i material estudiat.

– Informe pautat, resum del diagnòstic i observacions a aquest.

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

### 34. Full de sol·licitud d'estudi anatomopatològic

Contingut mínim:

– Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.

– Dades referents al Servei i metge sol·licitant, tipus de sol·licitud i tipus de mostra remesa.

– Resum de dades clíniques d'interès, tractaments susceptibles d'alterar la histologia.

– Dades relatives als diagnòstic pre i postoperatori i troballes operatòries.

– Enumeració de les peces remeses.

– Biòpsies o citologies prèvies.

Aquest document podrà esporgar-se quan existisca l'informe anatomopatològic. Si no hi ha l'informe, es conservarà indefinidament, utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

### 35. Full d'informe anatomopatològic

Contingut mínim:

– Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.

– Informe anatomopatològic.

– Data de l'informe i nom i firma del metge anatomopatòleg

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

### 36. Full d'examen radiològic

Contingut mínim:

– Dades d'identificació, ubicació i procedència del pacient.

– Dades referents a: lloc de procedència del pacient, grau d'urgència de la consulta i manera com pot ser transportat el pacient al servei de RX, o si ha de fer-se l'exploració amb equip portàtil.

– Tipus d'examen sol·licitat.

– Dades clíniques més rellevants.

– Data, nom del metge que demana l'examen radiològic i firma.

– Informe del radiòleg amb la data de l'examen i nom del tècnic que va realitzar l'exploració.

– Es farà constar si hi ha hagut alguna reacció al·lèrgica al contrast.

– Característiques de les plaques utilitzades i codis pertinents.

– Data, nom del metge radiòleg i firma.

– Datos clínicos de interés (se incluyen unos datos a rellenar sólo en la solicitud de la citología ginecológica).

– Piezas remitidas y biopsias o citologías previas realizadas al paciente.

Este documento podrá expurgarse cuando exista el informe citológico. Si no lo hay, se conservará indefinidamente, utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

### 32. Hoja de informe citológico

Su contenido mínimo será el siguiente:

– Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.

– Número de muestra y descripción de la citología.

– Resumen del diagnóstico pautado y observaciones al mismo

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

### 33. Hoja de informe de citología ginecológica

Su contenido mínimo será el siguiente:

– Datos de identificación y ubicación o procedencia de la paciente.

– Número de muestra y material estudiado.

– Informe pautado, resumen del diagnóstico y observaciones al mismo.

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

### 34. Hoja de solicitud de estudio anatomopatológico

Su contenido mínimo será el siguiente:

– Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.

– Datos referentes al Servicio y médico solicitante, tipo de solicitud y tipo de muestra remitida.

– Resumen de datos clínicos de interés, tratamientos susceptibles de alterar la histología.

– Datos relativos a los diagnósticos pre y postoperatorio y hallazgos operatorios.

– Enumeración de las piezas remitidas.

– Biopsias o citologías previas.

Este documento podrá expurgarse cuando exista el informe anatomopatológico. Si no existe el informe, se conservará indefinidamente, utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

### 35. Hoja de informe anatomopatológico

Su contenido mínimo será el siguiente:

– Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.

– Informe anatomopatológico.

– Fecha del informe y nombre y firma del médico anatomopatólogo

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

### 36. Hoja de examen radiológico

Su contenido mínimo será el siguiente:

– Datos de identificación, ubicación y procedencia del paciente.

– Datos referentes a: lugar de procedencia del paciente, grado de urgencia de la consulta y manera como puede ser transportado el paciente al servicio de RX, o si debe hacerse la exploración con equipo portátil.

– Tipo de examen solicitado.

– Datos clínicos más relevantes.

– Fecha, nombre del médico que pide el examen radiológico y firma.

– Informe del radiólogo con la fecha del examen y nombre del técnico que realizó la exploración.

– Se hará constar si ha habido alguna reacción alérgica al contraste.

– Características de las placas utilizadas y códigos pertinentes.

– Fecha, nombre del médico radiólogo y firma.



Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

### 37. Full de constants

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.

Anotacions referents a:

- Constants vitals, freqüència cardíaca, temperatura, tensió arterial, pressió venosa central i freqüència respiratòria.
- Balanç hídric.
- Altres dades d'interès.

Es conservarà com a mínim cinc anys a partir de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atès en l'hospital.

### 38. Full de seguiment intensiu

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.

- Avaluació i tractament mèdic.
- Analítica i exploracions complementàries sol·licitades.
- Canvis i cures.
- Anotacions d'infermeria.
- Gràfics de constants vitals.
- Balanç hídric.
- Tractament administrat.
- Altres dades el seguiment del qual interessa.

Es conservarà com a mínim cinc anys a partir de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atès en l'hospital a excepció de l'evolució clínica que es conservarà de forma indefinida, utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

### 39. Full d'observacions i cures

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.
- Anotacions diàries i per torn dels problemes que van sorgint durant l'ingrés del pacient i les cures i actuació d'infermeria

Es conservarà indefinidament utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

### 40. Full de control d'exàmens complementaris

Contingut mínim:

- Dades d'identificació i ubicació o procedència del pacient.

- Dades referents a exàmens sol·licitats, les dates de sol·licitud, realització i recepció de l'examen i observacions.

Es conservarà com a mínim cinc anys a partir de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atès en l'hospital.

### 41. Full de transfusió

Document en què s'arreglen les dades del pacient receptor, el producte transfós, la identificació de les unitats transfoses, el resultat de les proves de compatibilitat realitzades, data i hora de la transfusió i les possibles incidències, es conservarà indefinidament, utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

Radiologia convencional en suport placa: les plaques podran destruir-se a partir dels cinc anys de la data de l'últim episodi assistencial en què el pacient haja sigut atès en l'hospital. Els informes radiològics es conservaran indefinidament, utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

*Article 5. Criteris generals d'aplicació als documents específics de cada centre*

En el cas que la història clínica continga documents específics propis de cada centre que no estiguen inclosos en el llistat anterior, s'aplicaran els següents criteris generals de conservació:

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

### 37. Hoja de constantes

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.

Anotaciones referentes a:

- Constantes vitales, frecuencia cardíaca, temperatura, tensión arterial, presión venosa central y frecuencia respiratoria.
- Balance hídrico.
- Otros datos de interés.

Se conservará como mínimo cinco años a partir de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital.

### 38. Hoja de seguimiento intensivo

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.

- Evaluación y tratamiento médico.
- Analítica y exploraciones complementarias solicitadas.
- Cambios y cuidados.
- Anotaciones de enfermería.
- Gráficos de constantes vitales.
- Balance hídrico.
- Tratamiento administrado.
- Otros datos cuyo seguimiento interesa.

Se conservará como mínimo cinco años a partir de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital a excepción de la evolución clínica que se conservará de forma indefinida, utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

### 39. Hoja de observaciones y cuidados

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.
- Anotaciones diarias y por turno de los problemas que van surgiendo durante el ingreso del paciente y los cuidados y actuación de enfermería

Se conservará indefinidamente utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

### 40. Hoja de control de exámenes complementarios

Su contenido mínimo será el siguiente:

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.

- Datos referentes a exámenes solicitados, las fechas de solicitud, realización y recepción del examen y observaciones.

Se conservará como mínimo cinco años a partir de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital.

41. Hoja de transfusión documento en que se recogen los datos del paciente receptor, el producto transfundido, la identificación de las unidades transfundidas, el resultado de las pruebas de compatibilidad realizadas, fecha y hora de la transfusión y las posibles incidencias, se conservará indefinidamente, utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

Radiología convencional en soporte placa: las placas podrán destruirse a partir de los cinco años de la fecha del último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el hospital. Los informes radiológicos se conservarán indefinidamente, utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

*Artículo 5. Criterios generales de aplicación a los documentos específicos de cada centro*

En el caso que la historia clínica contenga documentos específicos propios de cada centro que no estén incluidos en el listado anterior, se aplicarán los siguientes criterios generales de conservación:

1. Quan existisca el document de sol·licitud de prova complementària, i no se'n trobe l'informe corresponent, es guardarà la sol·licitud. Al contrari, si hi ha l'informe de la prova podrà expurgar-se el full de sol·licitud.

2. Podran destruir-se els resultats directes de les exploracions complementàries, però els informes es conservaran indefinidament, utilitzant el suport més adequat que garantisca aquesta correcta conservació.

3. Com a norma general s'estableix un termini de conservació mínim de cinc anys a partir de la data de l'últim episodi en què el pacient haja sigut atès en l'hospital, per a aquells documents que s'accepta expurgar-los.

#### Article 6. Suports documentals

Per a assegurar la conservació indefinida dels documents previstos en l'apartat quart de la present ordre, s'utilitzaran els suports documentals més adequats que garantisquen la seua seguretat i recuperació.

#### Article 7. Proves documentals en processos judicials

Amb caràcter general, aquelles històries clíniques que siguen prova documental en un procés judicial o d'un altre tipus, no podran ser sotmeses als procediments d'expurgació regulades en la present ordre, fins que finalitze el dit procés.

#### Article 8. Comissió de Selecció i Conservació de la Documentació Clínica

Es crea la Comissió de Selecció i Conservació de la Documentació Clínica adscrita a la Conselleria de Sanitat.

1. Aquesta comissió s'integrarà, en el moment de la seua creació, com un grup de treball en la Junta Qualificadora de Documents Administratius, prevista en l'article 85 de la Llei 4/1998, d'11 de juny, de la Generalitat Valenciana, del Patrimoni Cultural Valencià.

2. Aquesta comissió estarà integrada per un representant de la Conselleria de Sanitat i tres representants dels hospitals públics nomenats pel conseller de Sanitat; un membre de la Societat Valenciana de Documentació Clínica i un representant de la Conselleria de Cultura i Educació, nomenat pel respectiu conseller.

3. La Comissió es renovarà a parts iguals cada tres anys, de manera que es garantisca la continuació dels seus treballs i l'eficàcia dels seus resultats.

4. La Comissió de Selecció i Conservació de la Documentació Clínica celebrarà com a mínim una reunió plenària anual. No obstant això, podran convocar-se les reunions extraordinàries que es consideren oportunes.

#### Article 9. Funcions

Són funcions de la Comissió de Selecció i Conservació d'històries clíniques les següents:

1. El seguiment i control de la normativa prevista en aquesta ordre sobre conservació i expurgació dels documents de la història clínica, i la seua aplicació en els centres d'assistència especialitzada de la Comunitat Valenciana.

2. L'estudi de les propostes d'instruccions sobre els aspectes tècnics relacionats amb la conservació i expurgació de la història clínica d'Atenció Especialitzada.

3. Actuar com a òrgan consultiu en aquells aspectes relacionats amb la conservació de la documentació de la història clínica.

#### DISPOSICIO TRANSITORIA

S'estableix un termini d'un any perquè tots els centres adopten sistemes de gestió documental ofimàtics adequats que permeten l'arxiu dels documents, que hi faciliten l'accés i que n'asseguren la conservació segons la normativa que es fixa en aquesta ordre.

1. Cuando exista el documento de solicitud de prueba complementaria, y no se encuentre el informe correspondiente, se guardará la solicitud. Por el contrario, si existe el informe de la prueba podrá expurgarse la hoja de solicitud.

2. Podrán destruirse los resultados directos de las exploraciones complementarias, pero los informes se conservarán indefinidamente, utilizando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

3. Como norma general se establece un plazo de conservación mínimo de cinco años a partir de la fecha del último episodio en que el paciente haya sido atendido en el hospital, para aquellos documentos que se acepta su expurgo.

#### Artículo 6. Soportes documentales

Para asegurar la conservación indefinida de los documentos previstos en el apartado cuarto de la presente orden, se utilizarán los soportes documentales más adecuados que garanticen su seguridad y recuperación.

#### Artículo 7. Pruebas documentales en procesos judiciales

Con carácter general, aquellas historias clínicas que sean prueba documental en un proceso judicial o de otro tipo, no podrán ser sometidas a los procedimientos de expurgo reguladas en la presente orden, hasta que finalice dicho proceso.

#### Artículo 8. Comisión de Selección y Conservación de la Documentación Clínica

Se crea la Comisión de Selección y Conservación de la Documentación Clínica adscrita a la Conselleria de Sanidad.

1. Esta comisión se integrará, en el momento de su creación, como un grupo de trabajo en la Junta Calificadora de Documentos Administrativos, prevista en el artículo 85 de la Ley 4/1998, de 11 de junio, de la Generalitat Valenciana, del Patrimonio Cultural Valenciano.

2. Esta comisión estará integrada por un representante de la Conselleria de Sanidad y tres representantes de los hospitales públicos nombrados por el conseller de Sanidad; un miembro de la Sociedad Valenciana de Documentación Clínica y un representante de la Conselleria de Cultura y Educación, nombrado por el respectivo conseller.

3. La Comisión se renovará por mitades cada tres años, de manera que se garantice la continuación de sus trabajos y la eficacia de sus resultados.

4. La Comisión de Selección y Conservación de la Documentación Clínica celebrará como mínimo una reunión plenaria anual, pudiendo convocarse, no obstante, las reuniones extraordinarias que se consideren oportunas.

#### Artículo 9. Funciones

Son funciones de la Comisión de Selección y Conservación de historias clínicas las siguientes:

1. El seguimiento y control de la normativa prevista en esta orden sobre conservación y expurgo de los documentos de la historia clínica, y su aplicación en los centros de asistencia especializada de la Comunidad Valenciana.

2. El estudio de las propuestas de instrucciones sobre los aspectos técnicos relacionados con la conservación y expurgo de la historia clínica de Atención Especializada.

3. Actuar como órgano consultivo en aquellos aspectos relacionados con la conservación de la documentación de la historia clínica.

#### DISPOSICION TRANSITORIA

Se establece un plazo de un año para que todos los centros adopten sistemas de gestión documental ofimáticos adecuados que permitan el archivo de los documentos, faciliten su acceso y aseguren la conservación de los mismos según la normativa que se fija en esta orden.

## DISPOSICIONS FINALS

*Primera*

S'autoritza el conseller de Sanitat per a dictar les mesures i disposicions necessàries per al millor desplegament i aplicació del que disposa la present ordre.

*Segona.*

La present ordre entrarà en vigor el mateix dia en què aparega publicada en el *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*.

València, 14 de setembre del 2001

El conseller de Sanitat,  
SERAFÍN CASTELLANO GÓMEZ

**Conselleria de Medi Ambient**

*ORDRE de 3 de setembre de 2001, de la Conselleria de Medi Ambient, per la qual es fan públiques les zones de la Comunitat Valenciana on es declara obligatori i d'utilitat pública el tractament per al control de la processonària del pi (Thaumatococcus panyocampa Schiff.). [2001/A10025]*

De l'estudi que sobre l'estat fitosanitari de les forests de la Comunitat Valenciana ha dut a terme aquesta Conselleria, s'han determinat una sèrie de zones en les quals cal efectuar tractaments per al control de la processonària del pi (*Thaumatococcus panyocampa Schiff*), independentment de la titularitat dels terrenys, per la qual cosa, en virtut de les facultats que tinc atribuïdes i de conformitat amb el que estableix l'article 53 de la Llei 3/1993, Forestal de la Comunitat Valenciana,

## ORDENE

*Article 1*

Declarar d'utilitat pública i obligatori el tractament per al control de la processonària del pi en la campanya de 2001, als següents termes municipals:

– Província d'Alacant: Pinoso, Santa Pola, la Vila Joiosa y Vall de Gallinera.

– Província de Castelló: Cincorres, Forcall, Herbés, la Mata, Morella, Portell de Morella, Cervera del Maestre, Jérica, Viver, Todolella, Villosos, Olocau del Rey, Castellfort, Castell de Cabres, Sant Mateu, Torás i Teresa.

– Província de València: Ademuz, Castielfabib, Vallanca, Alpuente, Aras de Alpuente, Calles, Chelva, Higuieruelas, La Yesa, Buñol y La Puebla de San Miguel.

*Article 2*

Personal tècnic de la Direcció General de Recursos Forestals dirigirà l'execució dels tractaments que seran realitzats en les zones considerades prioritàries, de cada terme municipal relacionat en l'article primer, tenint en compte el nivell d'incidència de la plaga detectat en la prospecció fitosanitària.

## DISPOSICIÓ FINAL

Aquesta ordre entrarà en vigor l'endemà de la publicació en el *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*.

València, 3 de setembre de 2001

El conseller de Medi Ambient,  
FERNANDO MODREGO CABALLERO

## DISPOSICIONES FINALES

*Primera*

Se autoriza al conseller de Sanidad para dictar las medidas y disposiciones necesarias para el mejor desarrollo y aplicación de lo dispuesto en la presente orden.

*Segunda*

La presente orden entrarà en vigor el mismo día de su publicación en el *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*.

Valencia, 14 de septiembre de 2001

El conseller de Sanidad,  
SERAFÍN CASTELLANO GÓMEZ

**Conselleria de Medio Ambiente**

*ORDEN de 3 de septiembre de 2001, de la Conselleria de Medio Ambiente, por la que se hacen públicas las zonas de la Comunidad Valenciana donde se declara obligatorio y de utilidad pública el tratamiento para el control de la procesonaria del pino (Thaumatococcus panyocampa Schiff.). [2001/A10025]*

Del estudio que sobre el estado fitosanitario de los montes de la Comunidad Valenciana ha llevado a cabo esta Conselleria, se han determinado una serie de zonas en las que es necesario efectuar tratamientos para el control de la procesonaria del pino (*Thaumatococcus panyocampa Schiff*), independentemente de la titularidad de los terrenos, por lo que en virtud de las facultades que tengo atribuidas y de conformidad con lo establecido en el artículo 53 de la Ley 3/1993, Forestal de la Comunidad Valenciana,

## ORDENO

*Artículo 1*

Declarar de utilidad pública y obligatorio el tratamiento para el control de la procesonaria del pino en la campaña de 2001, en los siguientes términos municipales de la Comunidad Valenciana:

– Provincia de Alicante: Pinoso, Santa Pola, Villa Joyosa y Vall de Gallinera.

– Provincia de Castellón: Cincorres, Forcall, Herbés, La Mata, Morella, Portell de Morella, Cervera del Maestre, Jérica, Viver, Todolella, Villosos, Olocau del Rey, Castellfort, Castell de Cabres, Sant Mateu, Torás y Teresa.

– Provincia de Valencia: Ademuz, Castielfabib, Vallanca, Alpuente, Aras de Alpuente, Calles, Chelva, Higuieruelas, La Yesa, Buñol y La Puebla de San Miguel.

*Artículo 2*

Personal tècnic de la Direcció General de Recursos Forestals dirigirà la ejecución de los tratamientos, los cuales serán realizados en aquellas zonas consideradas como prioritarias, de cada término municipal relacionado en el artículo primero, teniendo en cuenta el nivel de incidencia de la plaga, detectado en la prospección fitosanitaria.

## DISPOSICIÓN FINAL

Esta orden entrarà en vigor el día siguiente al de su publicación en el *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*.

Valencia, 3 de septiembre de 2001

El conseller de Medio Ambiente,  
FERNANDO MODREGO CABALLERO