

ASESORÍA DE PREVENCIÓN MÉDICO-LEGAL

Revista del Fondo Solidario de Ayuda Profesional del Colegio de Médicos de la
Provincia de Santa Fe, Segunda Circunscripción | Año 2025, Edición II, Tomo II



HISTORIA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE,
DEFENSA LEGAL Y CLAVES PARA
LA PRÁCTICA MÉDICA SEGURA

IMPORTANCIA DE UNA HISTORIA
CLÍNICA COMPLETA Y EL VALOR
DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Asistencia legal 24 horas **para médicas y médicos**

Si sufriste un episodio de violencia durante tu trabajo en un efector público o privado, ahora contás con una línea de asistencia legal exclusiva.

NÚMERO DE CONTACTO: 3412661742



Estamos
para ayudarte



Importancia de una buena relación
médico-paciente

Historia clínica: la clave de la defensa legal

PÁGINA 5



Historia clínica completa y ordenada

Asesoramiento ante aclaraciones

PÁGINA 6



Partes de una historia clínica

PÁGINAS 8 Y 9



Consentimiento informado: ¿Qué implica realmente?

PÁGINAS 10 Y 11



Importancia de una buena relación médico-paciente

- ! Mantener una buena relación con el paciente y su familia.
- ! Hay normas no escritas que surgen del sentido común, como el buen trato, el decoro, la prudencia, el respeto y la empatía.
- ! Tener en cuenta siempre la autonomía y la voluntad que exprese el paciente.

Historia clínica:

La clave de la defensa legal

Historia clínica obligatoria

La Ley n. 26.529 (artículo 12) establece que es obligatorio compilar una historia clínica cronológica, foliada y completa para cada paciente que recibe atención médica, sea donde sea.

Base de defensa legal

Una historia clínica completa, bien redactada, con léxico preciso y letra legible, es la mejor defensa ante un reclamo judicial.

Todo debe estar registrado

La historia clínica debe reflejar cronológicamente todas las actuaciones realizadas al paciente. Si algo no está escrito, legalmente nunca existió, aunque el accionar haya sido correcto.

Prohibido modificar o adulterar

Una vez archivada, la historia clínica no debe ser modificada ni adulterada. No se debe usar liquid paper, tachaduras ni enmiendas.

La historia clínica pertenece al paciente y a sus familiares en orden de prelación. La institución asistencial y los profesionales de la salud titulares de consultorios privados tienen el deber de guarda y custodia de la historia clínica y la obligación de su entrega ante el requerimiento del paciente o familiar, como así también, impuesto de una orden judicial.



Historia clínica **completa y ordenada**

Tras el alta del paciente, la historia clínica obligatoria debe estar completa y foliada en orden cronológico.



Asesoramiento **ante aclaraciones**

Ante cualquier duda o inquietud, consultá al Fondo Solidario de Ayuda Profesional (Fo.S.A.P.) para recibir asesoramiento legal y médico.

Asesores Legales

Dra. María Alejandra Calabrese: (+54 9 341) 6941820

Dr. Nicolás Freire: (+54 9 341) 5902833

Estudio: San Juan 2595 piso 1, 2000 Rosario, Argentina

Teléfono: (+54 341) 4257881

Oficina del Fondo Solidario de Ayuda Profesional Fo.S.A.P.

España 1715, piso 1, 2000 Rosario, Argentina

Teléfono: (+54 341) 482 2905/3479, internos 371 y 372

WhatsApp: (+54 9 341) 6000228

Responsable Legal y Administrativo

Dr. Gastón Arias

Teléfono: (+54 341) 482 2905/3479, interno 370

fosap@colmedicosantafe2.org.ar

www.colmedicosantafe2.org.ar





Partes de una historia clínica

- 1 Inicio de la historia**
Fecha y hora del ingreso del paciente a la institución asistencial, junto con el número de la historia clínica.
- 2 Datos del paciente**
Nombre, apellido, edad, nacionalidad, número de documento, domicilio, procedencia y ocupación.
- 3 Motivo de consulta**
Razón por la cual el paciente solicita atención médica.
- 4 Enfermedad actual**
Descripción detallada de la patología que presenta el paciente en el momento de la consulta.
- 5 Antecedentes personales y familiares**
Información sobre enfermedades previas y antecedentes familiares relevantes.
- 6 Examen físico**
Evaluación clínica completa del paciente.
- 7 Diagnóstico**
Diagnóstico presuntivo principal y, si corresponde, diagnósticos diferenciales.
- 8 Indicaciones**
Órdenes médicas, solicitudes de estudios complementarios, interconsultas a especialistas y derivaciones a otros centros de mayor complejidad.

Registro de exámenes complementarios
Resultados de todos los estudios complementarios solicitados.

9

Evolución
Registro cronológico claro y preciso de la evolución clínica del paciente, con fecha y hora. Cada acto médico debe estar firmado y sellado por el profesional interviniente con nombre y número de matrícula.

10

Hojas de enfermería
Registros detallados de las acciones y observaciones de enfermería, siguiendo las mismas pautas que el registro de evolución.

11

Procedimientos quirúrgicos (si los hubiera)
Consentimientos informados firmados.
Ficha de anestesia.
Protocolo quirúrgico.
Control postoperatorio.
Protocolo de biopsia o citología, si corresponde.

12

Epicrisis
Al momento del alta, deberán reregistrarse el resumen del proceso de atención, diagnósticos y tratamientos realizados.

13

Alta
Puede ser alta definitiva o alta hospitalaria. Si el paciente se retira por decisión propia, debe dejarse constancia detallada de los motivos expresados por este, luego de haberle explicado los riesgos que implican su decisión.

14

Controles posteriores
Registros de consultas y controles posteriores en consultorio externo, si existieran.

15

Consentimiento informado (CI)

¿Qué implica realmente?

Mediante este documento, el paciente asiente, es decir, expresa su adhesión a cláusulas escritas.

Más que un formulario preimpreso

El CI es tenido, en muchas instituciones, como un formulario preimpreso que se completa con los datos del paciente y su firma. Absolutamente, no es así.

Información clara y detallada

El CI es un documento imprescindible en el que se informa al paciente, previo a la internación o un determinado procedimiento, cuáles podrían ser sus eventuales consecuencias adversas. Debe ser, por lo tanto, una explicación a medida de cada intervención.

Firma precedida por una conversación

La firma del CI debe estar precedida por una franca conversación entre el médico y su paciente, empleando un lenguaje que éste pueda comprender, respondiendo, además, a todas las preguntas que pudiera plantear.



Aplicación en otros tratamientos

El CI se aplica al ingreso del paciente a la institución asistencial, antes de realizar procedimientos quirúrgicos y ante tratamientos médicos de determinada naturaleza (oncológicos, por ejemplo).

Negativa del paciente

Si un paciente, una vez cumplido ese trámite, no aceptara ser operado o ser sometido a determinado medicamento, su negativa deberá ser anotada en la historia clínica, expresando el motivo de su decisión (razones personales, conflictos de índole religiosa, etc), y entendiendo que la voluntad que el paciente haya manifestado deberá ser obedecida por el médico.

Casos de incapacidad

Si el paciente no estuviera en capacidad de discernir, la decisión deberá correr a cargo de su familiar más próximo según el orden de prelación. Esta decisión deberá constar por escrito y adecuadamente firmada. Ante casos límite, conviene que el médico se asesore.





**COLEGIO
DE MEDICOS**
Provincia de Santa Fe | 2ª Circunscripción

Fondo Solidario de Ayuda Profesional

España 1715, piso 1, 2000 Rosario, Santa Fe, Argentina
Teléfono: (+54 341) 482 2905/3479 | WhatsApp (+54 9 341) 6000228
fosap@colmedicosantafe2.org.ar | www.colmedicosantafe2.org.ar