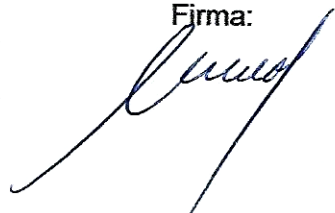






**ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES
REALIZADAS A PACIENTES**

Código: REG 1.3
Edición: Segunda
Fecha elaboración: Enero 2021
Vigencia: Enero 2026
Página: 1 de 18

**ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES
REALIZADAS A PACIENTES**


Elaborado:	Revisado por:	Aprobado por:
MT. Carolina Quinteros Torrent Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente	Álvaro Gualda Munita Sub Director Médico Carolina Pizarro Díaz Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente	Ricardo Alvear Leal Director
Firmas: 	Firma:  	Firma:  
Fecha de aprobación	21/01/2021	

Oficina de Calidad
y Seguridad
Hospital San Francisco Pucón

 HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN	ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES REALIZADAS A PACIENTES	Código: REG 1.3
		Edición: Segunda
		Fecha elaboración: Enero 2021
		Vigencia: Enero 2026
		Página: 2 de 18

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	3
3. ALCANCE	3
4. RESPONSABLES	4
5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	4
6. DEFINICIONES.....	4
7. DESARROLLO	5
7.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS CLÍNICOS	5
7.2 DEFINICIÓN DE REGISTROS A ENTREGAR AL PACIENTE	5
7.3 REGISTROS ASOCIADOS A LA INFORMACIÓN ENTREGADA.....	5
7.4 CONTENIDOS MÍNIMOS POR REGISTRO.....	8
7.5 CONSIDERACIONES ESPECIALES.....	11
8. DISTRIBUCIÓN	11
9. REGISTROS.....	11
10. CONTROL DE CAMBIOS.....	11
11. ANEXOS.....	12

 HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN	ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES REALIZADAS A PACIENTES	Código: REG 1.3
		Edición: Segunda
		Fecha elaboración: Enero 2021
		Vigencia: Enero 2026 Página: 3 de 18

1. INTRODUCCIÓN

Cuando un paciente sufre algún tipo de problema de salud no solo ésta se ve afectada, sino un conjunto de áreas de cada persona como el ámbito familiar, psicológico, del trabajo, social entre otros. La capacidad de retener información en contextos de enfermedad puede verse perjudicada afectando la hipótesis diagnóstica, la efectividad de un tratamiento y/o generando complicaciones por la no adherencia de las indicaciones.

Resulta entonces imprescindible contar con registros estandarizados de las atenciones y prestaciones realizadas a un paciente que den cuenta de información relevante escrita en relación a las atenciones recibidas. Este documento debe incluir de manera resumida, los elementos relevantes de la atención, tanto de la urgencia, como la de hospitalizados y de procedimientos diagnósticos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL


Asegurar la entrega de información escrita al pacientes o sus acompañantes en relación a las prestaciones realizadas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las prestaciones que deben ser informadas por escrito a un paciente.
- Definir los registros según tipo de prestación realizada
- Definir responsables en las diferentes etapas del procesos
- Definir registros asociados a las atenciones realizadas

3. ALCANCE

- **Ambito de aplicación:** Dirigido a todos los funcionarios de los servicios clínicos y de apoyo, que entregan información a los pacientes al alta o al término de la atención.
- **Población de aplicación:** A todas las personas a las que se les realiza prestaciones en: Urgencia, Procedimientos diagnósticos y terapéuticos, Cirugía Mayor y Ambulatoria y Alta de hospitalización.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES REALIZADAS A PACIENTES	Código: REG 1.3
		Edición: Segunda
		Fecha elaboración: Enero 2021
		Vigencia: Enero 2026 Página: 4 de 18

4. RESPONSABLES

Jefaturas Servicios Clínicos y Servicios de Apoyo: Son responsables de:

- Velar y supervisar el estricto cumplimiento de este protocolo
- implementar los planes de mejora necesarios.

Profesionales Médicos, profesionales no médicos y TENS: son responsables de:

- Cumplir con el llenado, legibilidad y contenidos mínimos en registros clínicos.
- Asegurar la entrega de estos registros a cada paciente a su egreso

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley N° 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
- Ley N° 19.628, “sobre protección de la vida privada o protección de datos de carácter personal”. Artículo 2.
- Directiva permanente interna técnica N°5 – 0693. “Normas sobre manejo de historias clínicas”. MINSAL

6. DEFINICIONES

APS: Atención primaria en Salud

DAU: Documento de Atención de Urgencia


Ficha Clínica: Documento único e individual en que se registra lo realizado al paciente respecto de su diagnóstico.

Egreso hospitalario: retiro de los servicios de hospitalización de un paciente que ha ocupado una cama del Hospital Pucón. El egreso puede ocurrir por un alta médica, traslado a otro establecimiento, fallecimiento y retiro voluntario del paciente.

Epicrisis: Documento elaborado por el médico tratante que es entregado al paciente o a su tutor legal en el momento del egreso hospitalario. En este documento se resume lo realizado al paciente respecto de su diagnóstico, tratamiento, resultado relevante de exámenes, procedimientos efectuados e indicaciones a seguir.

CMA: Cirugía Mayor ambulatoria

LCF: Latidos cardíofetales

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES REALIZADAS A PACIENTES	Código: REG 1.3
		Edición: Segunda
		Fecha elaboración: Enero 2021
		Vigencia: Enero 2026
		Página: 5 de 18

7. DESARROLLO

7.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS CLÍNICOS

Los registros clínicos podrán ser elaborados en registro clínico electrónico, a través de sistema SSASUR o en formato papel, siempre considerando como requisitos obligatorios: legibilidad y contener los datos mínimos definidos según lo descrito a continuación.

7.2 DEFINICIÓN DE REGISTROS A ENTREGAR AL PACIENTE

Se entregarán informes escritos, al menos, a pacientes que recibieron las siguientes prestaciones:

- a) Alta hospitalaria (egreso)
- b) Alta de una Cirugía ambulatoria (mayor o menor)
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios (
- d) Atenciones de urgencia
- e) Procedimientos endoscópicos
- f) Imagenología con medio de contraste


7.3 REGISTROS ASOCIADOS A LA INFORMACIÓN ENTREGADA

La entrega de información será registrada en los siguientes tipos de registros:

a) Epicrisis: La epicrisis se genera tras un alta desde los servicios de hospitalización y tras un alta en cirugías ambulatorias privadas desde el servicio de Pabellón. Una copia de esta debe quedar en la ficha clínica y otra es entregada al paciente. Se accede a ella través de plataforma www.ssasur.cl, mediante clave única a usuarios habilitados y con acceso a soporte electrónico de FC. El acceso a este soporte es mediante el código único de vinculación de FC del paciente entre soporte papel y electrónico: el RUN.

Existen tres tipos de epicrisis:


1. Epicrisis del Sistema SSSASUR: es utilizada en servicios de Hospitalización y generada por plataforma SSASUR, tras el ingreso de un paciente a un servicio. Su contenido esta predeterminado (anexo 2).

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES REALIZADAS A PACIENTES	Código: REG 1.3
		Edición: Segunda
		Fecha elaboración: Enero 2021
		Vigencia: Enero 2026
		Página: 6 de 18


2. **Epicrisis Institucional:** Registro local, que es digitado por cada tratante en ordenador del servicio de Pabellón al momento del alta en pacientes privados.
3. **Epicrisis del Puerperio:** Registro local, utilizado en el alta de una puérpera. Este registro complementa la epicrisis que por defecto genera SSASUR tras un egreso hospitalario. Contiene información específica y detallada de la evolución del parto, RN, diagnósticos e indicaciones para el binomio, información necesaria para la atención que continúa en APS (anexo 3).
 - En pacientes pediátricos aplicará la emisión de epicrisis de la plataforma SSASUR.
 - En pacientes neonatales y gineco- obstétricas (puérperas) se emite complementariamente epicrisis del puerperio. Madre e hijo egresan con estos dos registros más la agenda de la mujer y carnet de control del niño (requisitos de Programa de la Mujer y chile crece contigo). Estos registros son necesarios para la atención posterior en APS.
 - Pacientes neonatales hospitalizados post egreso del puerperio, como hiperbilirrubinemia y otros cuadros clínicos, aplicará la emisión de epicrisis de plataforma SSASUR.

b) DAU: Es el registro de una atención de Urgencia generado por plataforma SSASUR (anexo 1). Lo realiza médico y/o matrona de turno y se entrega al finalizar atención. Se imprimen dos copias, una para el servicio (estadística) y la segunda para usuario. En caso de procedimiento judicial (alcoholemia o constatación de lesiones) se imprimirán tres, esta última se entrega a funcionario policial. El profesional que atiende, entrega personalmente a usuario el DAU, sin embargo, si el usuario no está en condiciones físicas y/o mentales para recibir indicaciones, se le entregará a familiar responsable.

c) Procedimientos Diagnósticos y terapéuticos ambulatorios en Centro Medico: Para estas atenciones se generará un registro local, editable que se entrega al paciente frente a procedimientos de curaciones simples que requieran más sesiones, curaciones avanzadas y administración de medicamentos endovenosos.

 HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN	ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES REALIZADAS A PACIENTES	Código: REG 1.3
		Edición: Segunda
		Fecha elaboración: Enero 2021
		Vigencia: Enero 2026
		Página: 7 de 18

d) Endoscopias: Se generará un mismo informe para procedimientos de endoscopias y colonoscopias, el cual contiene detalles del procedimiento, imágenes obtenidas y conclusiones entre otros. En este mismo informe se explicitan Indicaciones relacionadas a acciones pendientes por parte del usuario o del prestador y recomendaciones en relación a los cuidados de los pacientes (reposo, riesgo de caídas, alimentación, etc). Todo paciente sometido a un procedimiento en la Unidad debe recibir este registro.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES REALIZADAS A PACIENTES	Código: REG 1.3
		Edición: Segunda
		Fecha elaboración: Enero 2021
		Vigencia: Enero 2026
		Página: 8 de 18

7.4 CONTENIDOS MÍNIMOS POR REGISTRO

PROCESO CLINICO ASOCIADO	TIPO DE REGISTRO	CONTENIDOS MÍNIMOS REGISTRADO	RESPONSABLE DEL LLENADO	RESPONSABLE DE LA ENTREGA
Alta Servicios de Hospitalización	Epicrisis (SSASUR)	<ol style="list-style-type: none"> Nombre y al menos un apellido del paciente RUN Fecha de ingreso y egreso de Hospitalización Diagnóstico de egreso. Procedimientos quirurgicos y tratamientos relevantes realizados. Indicaciones médicas al alta (al menos: régimen, medicamentos, controles si aplica) Nombre y Apellidos y firma del Médico o matrona que da el alta. 	Médico/Matrona tratante	Médico tratante o enfermera o matrona del servicio
	Epicrisis del (Puerperio)	<ol style="list-style-type: none"> Nombre y al menos un apellido del paciente RUN Fecha de ingreso y egreso Diagnóstico Procedimiento realizado Datos del parto: Fecha, hora, Tipo Indicaciones Medicamentos Control binomio en Cesfam antes de 10 días Retiro de puntos en 10 a 12 días en caso de cesárea. Nombre, Apellidos y firma Matrona que da el alta. 	Matrona turno	matrona turno
Alta de una Cirugía ambulatoria		<ol style="list-style-type: none"> Nombre y al menos un apellido del paciente RUT Fecha de la cirugía 	Médico tratante	Médico tratante o enfermera de



**ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES
REALIZADAS A PACIENTES**

Código: REG 1.3
 Edición: Segunda
 Fecha elaboración:
 Enero 2021
 Vigencia: Enero 2026
 Página: 9 de 18


(mayor o menor)	Epicrisis local	<ol style="list-style-type: none"> 4. Diagnóstico de egreso 5. Procedimiento realizado 6. Indicaciones médicas al alta: tipo reposo, régimen, medicamentos, controles. 7. Nombre y Apellidos y firma del Médico que da el alta. 		Pabellón
Atenciones de Urgencia	DAU	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre y al menos un apellido del paciente 2. RUT 3. Signos vitales 4. Fecha y hora inicio de atención. 5. Anamnesis (en atención GO siempre registrar examen gineco- obstétrico y LCF cuando corresponda). 6. Procedimientos e indicaciones en box 7. indicaciones al alta. 8. Diagnóstico(s) de Egreso. 9. Categorización al cierre de atención. 10. Registro de Nombre, al menos un apellido, y/o firma del Médico o matrona que atiende 	Médico turno o Matrona	Médico turno o Matrona
Procedimientos Diagnósticos y terapéuticos ambulatorios	Informe de Prestaciones Procedimientos Centro Medico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre y apellidos del paciente. 2. RUT. 3. Diagnóstico 4. Fecha del procedimiento. 5. Procedimiento realizado. 6. Indicaciones del profesional que atiende (médico o enfermera, según corresponda). 7. Fecha próximo procedimiento (en caso de necesidad de continuidad del tratamiento). 8. Nombre, Rut y firma del Profesional que atiende. 	Medico y/o enfermera.	Enfermera.



**ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES
REALIZADAS A PACIENTES**

Código: REG 1.3
Edición: Segunda
Fecha elaboración: Enero 2021
Vigencia: Enero 2026
Página: 10 de 18

<p align="center">Procedimiento Unidad de Endoscopia</p>	<p align="center">Informe Procedimiento Endoscopia- colonoscopia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre paciente (1° nombre- 2 apellidos). 2. Fecha procedimiento 3. Procedimiento realizado 4. Diagnóstico previo 5. Toma de biopsia 6. Test de ureasa 7. Conclusión 8. Recomendaciones 9. Nota 10. Indicaciones generales post procedimientos 	<p align="center">Medico</p>	<p align="center">Enfermera</p>
---	--	--	------------------------------	---------------------------------

 HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN	ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES REALIZADAS A PACIENTES	Código: REG 1.3
		Edición: Segunda
		Fecha elaboración: Enero 2021
		Vigencia: Enero 2026
		Página: 11 de 18

7.5 CONSIDERACIONES ESPECIALES

- En personas analfabetas, las indicaciones serán entregadas verbalmente logrando en el funcionario que entrega, la convicción de la comprensión de los contenidos. En estas situaciones, el registro será entregado a un acompañante.
- En personas no videntes, las indicaciones serán entregadas verbalmente al paciente y aun acompañante.
- En personas sordas las indicaciones serán entregadas escritas a él y al acompañante.
- En pacientes pediátricos y neonatales, los registros de atenciones son entregados a los padres, tutores o representantes legales.
- Frente a caídas del sistema SSASUR, se esperará su reposición para emisión de los registros de DAU y epicrisis correspondientes. Sin embargo, existe la opción de generar registros con formato predeterminados en blanco para edición manual o en los ordenadores y su posterior impresión.
- Una vez que llegue el servicio y se reponga el servicio, cada médico debe subir la información de sus registros y guardar los cambios.

8. DISTRIBUCIÓN

- Servicio de Pabellón
- Servicios de Hospitalización
- Servicio de Urgencia
- Imagenología
- Endoscopia
- Unidad de Archivo
- Oficina de Calidad y seguridad del paciente

9. REGISTROS

- DAU
- Ficha Clínica
- Epicrisis SSASUR
- Epicrisis local
- Epicrisis del Puerperio
- Informe de atención Procedimientos centro medico

10. CONTROL DE CAMBIOS

Corrección	Fecha	Descripción de la Modificación	Documento que se deja sin efecto

11. ANEXOS

11.1 ANEXO 1: Formulario DAU

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: **PUCON HOSP.** NUMERO DE ATENCION: **12937661**

ADMISION: **07/02/2023 13:43** INICIO DE ATENCION: **07/02/2023 16:36** MEDIO LLEGADA: **PROPIOS MEDIOS**

NOMBRE: [REDACTED] RUT: [REDACTED] TELEFONO: [REDACTED] (CELULAR)

DIRECCION: [REDACTED] PUEBLO ORIGINARIO: **NINGUNO** PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): [REDACTED]

EDAD: [REDACTED] SEXO (GÉNERO): [REDACTED] PREVISION: **FONASA - A**

SIGNOS VITALES		
Hora :	07/02/2023 14:13	
Temperatura Axilar:	36.3 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	104 [mmHg]	
Presión Diastólica:	57 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	65 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	100 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta: **MALESTAR URINARIO**

Funcionario Que Atiende:
 Médico
 Odontólogo
 Matrón(a)
 Enfermero(a)
 Técnico Paramédico
 Kinesiólogo

Tipo de Consulta: **ADULTO**

Atención Manifestación Social: **NO**
 Tipo de Paciente: **NO APLICA**

Origen de la Procedencia: **DOMICILIO**

Otros Datos: *** NINGUNO**

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input type="checkbox"/> Accidente escolar <input type="checkbox"/> Accidente doméstico <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia Intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA: [REDACTED] MES: [REDACTED] AÑO: [REDACTED]	[REDACTED]

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral:
 Paciente sin lesiones
 Leve (0 - 14 días)
 Mediana Gravedad (15 - 29 días)
 Grave (30 días o más)
 Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU N° 12937661): **N309 : (En estudio) CISTITIS**

Resultado aplicación protocolo selector de demanda: **C4**

Condición del paciente al cierre de atención:
 Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente:
 Alta domicilio
 Sin control


Categorización Cierre Atención: **C4**

Anamnesis e historia clínica:
 FCOS NIEGA
 ALERGIAS NIEGA
 CONSULTA POR DISURIA, POLAQUITURIA, DOLOR HIPOGÁSTRICO, NIEGA FIEBRE, NAUSEAS VOMITOS U OTROS SINTOMAS ASOCIADOS
 A LA EVALUACION:
 CLOTE HD ESTABLE
 TIBIA ADISTAL
 ABD BD SENSIBLE EN HIPOGASTRO SIN IRRITACION PERITONEAL

Procedimientos e indicaciones en box:
 ORINA COMPLETA LEUCOCITOS 0-3
 KETOROLACO 60MG IM


Indicaciones al alta:
 REPOSO REEDUCTIVO
 ABUNDANTE HIDRATAción
 PARACETAMOL 500MG, 2 COMPRIMIDOS CADA 8 HORAS POR 5 DIAS
 FLAVOXATO 200MG, 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 5 DIAS
 IBUPROFENO 400MG, 1 COMPRIMIDO CADA 6 HORAS POR 3 DIAS
 RESCATAR CULTIVO 10/02 PARA REAJUSTE DE TERAPIA

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12937661):
 JOSE RUI WAMBA BARRA
 MEDICO APS
 19523876-6

 HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN	ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES REALIZADAS A PACIENTES	Código: REG 1.3
		Edición: Segunda
		Fecha elaboración: Enero 2021
		Vigencia: Enero 2026
		Página: 13 de 18

11.2. Anexo 2 Epicrisis SASAUR

IDENTIFICACION DEL PACIENTE			
Nombre: ANTONIA JAEL ALFARO NOVOA		Edad: 28 A 11 M 4 D.	
Run: 18404179-0	Sexo: MUJER	Fecha Nacimiento: 01/12/1992	
Identificación: CEDULA IDENTIDAD	Nacionalidad: CHILENO/A	Pueblo Originario: NINGUNO	
Domicilio: AVENIDA ESTACION 632			
Comuna Residencia: VILLARRICA		Teléfono: 09-48884894 09-79649011	
Previsión: FONASA - B	Modalidad de Atención: MODALIDAD LIBRE ELECCION	Ley Previsional o Programa Social:	
Procedencia: OTRA PROCEDENCIA			
Establecimiento Procedencia:			
Origen Residencia: URBANO			
Categoría Ocupacional: ABOGADO			
DATOS HOSPITALIZACION			
Hipótesis Diagnóstica		COLELITIASIS	
Diagnóstico Egreso (Diagnóstico Principal)		(K828)OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LA VESICULA BILIAR (K828)	
Diagnóstico Causa Externa (Manual)			
Diagnóstico Causa Externa (CIE-10)			
Diagnóstico Secundarios			
Diagnóstico Quirúrgico			
INTERVENCION QUIRURGICA			
FECHA INTERVENCION		23/11/2021	
CODIGO INTERVENCION		1802081	
PROCEDIMIENTO		COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPLETO	
SERVICIO CLINICO EGRESO		ESPECIALIDAD EGRESO	
AREA MEDICA-QUIRURGICA ADULTO CUIDADOS BASICOS	CIRUGIA GENERAL	23/11/2021	24/11/2021
RESUMEN CLÍNICO PARA EPICRISIS			
PACIENTE CON HISTORIA DE POLIPO VESICULAR VS NODULO EN ECO Y TAC SE HOSPITALIZA PARA RESOLUCION QUIRURGICA ELECTIVA. SE REALIZA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN INCIDENTES. PACIENTE EVOLUCIONA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN SIGNOS DE COMPLICACIONES INMEDIATAS, EN CONDICIONES DE ALTA			
INDICACIONES AL ALTA			
MEDICAMENTOS	CELECOXIB 200MG C/12HRS SEGUN DOLOR POR 5 DIAS CURACIONES EN CENTRO MEDICO SEGUN NECESIDAD, EL DIA VIERNES O LUNES CONTROL EN POLI DE CIRUGIA CON DR NEIRA EL 15 DE DICIEMBRE A LAS 17:00HRS AGENDAR EN MESON REINICIAR TRATAMIENTO DE BASE CONTROL EN URGENCIAS SOS Y AVISAR A TRATANTE 977651254		
REGIMEN ALIMENTICIO	LIVIANO		
REPOSO	RELATIVO		
ALTA			
Motivo Alta	INDICACION MEDICA		
Condición Egreso	VIVO		
Infección Intrahospitalaria	NO		
Destino	DOMICILIO		
DATOS DEL MEDICO RESPONSABLE DE EPICRISIS			
NOMBRE	IGNACIO JAVIER NEIRA SANHUEZA		
RUN	15297321-7	FIRMA	

 HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN	ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES REALIZADAS A PACIENTES	Código: REG 1.3
		Edición: Segunda
		Fecha elaboración: Enero 2021
		Vigencia: Enero 2026
		Página: 15 de 18

11.4 ANEXO 4: Epicrisis del Puerperio

EPICRISIS PUERPERIO

Nombre:

Edad:

Rut:

Domicilio:

Fecha Ingreso:

Fecha Egreso:

Diagnostico de Ingreso:

PARTO

Fecha:

Hora: HRS

Lugar: HOSPITAL PUCON

Tipo de parto:

Observaciones:

RECIEN NACIDO

Sexo:

Peso: GRS

Talla: CM

CC: CM

Apgar:

Lactancia materna:

Alojamiento Conjunto:

Peso Egreso: GRS BAJA %

Exámenes y vacunas:

- BCG:
- PKU-HC:
- HEPATITIS B:
- EOA: DIFERIDO A HOSPITAL VILLARRICA. POR LLAMAR
- SAT O2:

Observaciones:

Diagnóstico de Egreso:

Indicaciones de Alta:

- Reposo Relativo
- Régimen liviano + líquidos abundantes
- Pecho materno a libre demanda
- Aseo genital 3 veces al día.
- Paracetamol 1 gr cada 8 horas si dolor VO
- Acudir a control con pediatra en 1 semana
- Acudir a control con médico tratante en 1 semana
- Retiro de puntos en 10 a 12 días y curación SOS

- **Educación + Entrega PARN**
- Entrega de carnet control prenatal + Carnet salud del niño
- Entrega comprobante de parto

Profesional que da alta



HOSPITAL CLÍNICO
SAN FRANCISCO-PUCÓN

ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES REALIZADAS A PACIENTES

Código: REG 1.3

Edición: Segunda

Fecha elaboración:
Enero 2021

Vigencia: Enero 2026

Página: 16 de 18

11.5 ANEXO 5: INDICACIONES PROCEDIMIENTOS CENTRO MEDICO



INFORME DE ATENCIÓN PROCEDIMIENTOS CENTRO MÉDICO.

FECHA	
NOMBRE	
RUT	

PROCEDIMIENTO REALIZADO	
INDICACIONES	

PRÓXIMA FECHA	
---------------	--

NOMBRE – RUT Y FIRMA PROFESIONAL.

11.6 ANEXO 6 INFORME DE PROCEDIMEINTOS EN ENDOSCOPIA/ COLONOSCOPIA



Pucón 06-04-2023 8:56:46

Paciente
Edad

ENDOSCOPIA

Procedencia :

Premedicación : Midazolam mg. Lidocaina spr. NAC oral , Oxigeno preventivo.
Flumazenil 0, mg.

Diagnóstico :

Esófago : Lúmen amplio motilidad conservada, mucosa aspecto normal.
Cambio epitelios a cm. ADS, sin signos de esofagitis.
Hiatus esofágico competente - sin adecuado cierre - observando pliegues gástricos deslizantes sobre hiatus.

Estómago : Estructura y pliegues conservados, lago mucoso claro,
Mucosa fúndica y corporal aspecto normal,
Relieve mucoso antral se observa difusamente microgranular muy sugerente infección crónica por Helicobacter Pylori
No aprecio lesiones focales tipo tumoral o inflamatorio, ni evidencia de atrofia o metaplasia.
Antropiloro presenta erosiones focales.
Obtengo muestra en antro y cuerpo para descartar presencia de **H. PYLORI**.
Retrovisión normal - En retrovisión observo válvula gastroesofagica - complaciente - aspecto endoscopico HILL tipo



Píloro : Centrado y Simétrico

Duodeno I-II : Bulbo amplio, mucosa hasta segunda porción aspecto normal

Biopsia :

Test de Ureasa : Si, resultado pendiente - POSITIVO INMEDIATO

Conclusión : **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA SIN LESIONES**

Recomendaciones : Si el test de Ureasa vira a positivo debe iniciar tratamiento de erradicación de las bacterias HELICOBACTER PYLORI por 14 días con antibióticos de primera línea.

Un mes después de terminado el tratamiento con los antibióticos debe efectuarse TEST FECAL para confirmar su erradicación.

Para el TEST FECAL debe estar SIN OMEPRAZOL al menos dos semanas previas a este exámen.

Resultado de biopsia, si es que se ha realizado en 4 semanas aproximadamente estara listo su informe, dependiendo de demanda de laboratorio.

Nota: En caso de que su test de ureasa se encuentre **pendiente** o para realizar retiro de **informe de biopsia**, lo puede solicitar con **Sra. Alejandra Tagle** (administrativo de Endoscopia) ya sea via correo electronico o de manera presencial en modulo

ubicado en el 1° piso de Hospital Pucon al frente de mamografía.

Telefono de contacto: +56977080617 **Correo electronico:** alejandra.tagle@hospitalpucon.cl

Indicaciones generales post procedimiento:

1. No conducir vehiculos ni actividad fisica por 24 hrs.
2. No bebidas calientes ni gaseosas, no alimentos flatulentos ni lacteos.
3. No fumar.
4. No ingerir alcohol.
5. Si presenta molestias o mucho dolor acudir a servicio de urgencias.