



NuevoHospital
versión digital

ISSN: 1578-7516

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
ZAMORA

Unidad de Calidad

www.calidadzamora.com

Volumen II - Nº 7 - Año 2002

Nº EDICIÓN: 10

Publicado el 18 de MARZO de 2002

Página 1 de 13

Vol. II - Nº 7 - Año 2002

NuevoHospital

versión digital

Número monográfico



REGLAMENTO DE USO DE LA HISTORIA CLÍNICA

**UNIDAD DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS**

ENERO DE 2002

NuevoHospital
Unidad de Calidad
Hospital Virgen de la Concha
Avda. Requejo 35
49022 Zamora
Tfno. 980 548 200
www.calidadzamora.com

Periodicidad: irregular
Editor: Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad
Coordinación Editorial: Rafael López Iglesias (Director Gerente)
Dirección: Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)
Comité de Redacción:
Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora de Calidad)
Teresa Garrote Sastre (Unidad de Documentación)
Carlos Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación)
Margarita Rodríguez Pajares (Grupo de Gestión)
ISSN: 1578-7516

©Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito de los propietarios.

Página 1

REGLAMENTO DE USO DE LA HISTORIA CLÍNICA





REGLAMENTO DE USO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Teresa Garrote; Ana Benito; Pedro España; Anunciación Villalpando

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA

Servicio de Admisión y Documentación Clínica

*Médico; **Supervisora; ***DUE; ****Administrativo de Sistema de información

1. -PRESENTACIÓN, AGRADECIMIENTOS, OBJETIVOS.

Este Reglamento se ha elaborado por la Comisión de Historias Clínicas, contando con la opinión de los profesionales sanitarios del Hospital y el apoyo de la Dirección del mismo.

A todos nuestro agradecimiento.

Este Reglamento tiene el objetivo de establecer unas normas y criterios para adecuar el uso de la Historia Clínica.

La Documentación clínica producida en el Hospital es propiedad del mismo y el Archivo del Hospital Virgen de la Concha el encargado de su custodia, por lo que no podrá ser retirada del Hospital sin autorización de la dirección ni utilizada para otros fines que los que determine este Reglamento.

El modelo de Historia Clínica y de los documentos que la componen es **ÚNICO** y están normalizados por la presente Comisión, por lo que no podrán utilizarse otros sin que ella los apruebe.

Composición de la Comisión de Historias Clínicas

Jose Luis Villafranca Covarrubias (Presidente)

Teresa Antolín García (Secretaria)

Teresa Garrote Sastre

Ana Benito Juan

Margarita Llauradó Martínez

Montserrat Pérez Sánchez

Carmen Muñoz Navarro

Antonio Tinajas Saldaña

Paloma Ramos Nogueras

Ana Caballero Zirena



2. - CONCEPTO Y ORGANIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA SANITARIA EN EL HOSPITAL.

2.1.- CONCEPTO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICO-SANITARIA Y DE HISTORIAS CLÍNICAS.

La Documentación clínica sanitaria es todo el soporte escrito o iconográfico que contiene información sobre el estado de salud de un individuo y/o su familia. En el Hospital la Documentación Clínica sanitaria estará integrada en la Historia Clínica del paciente que podrá tener distintos soportes: papel, iconográfico o automatizada.

La **HISTORIA CLÍNICA** es el conjunto de documentos clínico-sanitarios que contienen información clínica de los distintos procesos asistenciales del paciente o persona atendida en el Hospital.

La Historia Clínica en el Hospital será **ÚNICA, ACUMULATIVA** e **INTEGRADA**.

ÚNICA. Por persona para todo el Hospital y será identificada por un número exclusivo dado por el Servicio de Admisión y Archivo que asociará unívocamente el número a ese paciente.

ACUMULATIVA: De modo que se añadan los documentos generados en sucesivos episodios asistenciales.

INTEGRADA. Cada episodio asistencial estará reunido y cerrado en un INFORME DE ALTA.

La utilidad de la Historia Clínica tendrá:

- Fines asistenciales.
- Fines de investigación y docencia.
- Fines de control de calidad.
- Fines jurídico-legales.
- Fines de planificación, organización y gestión.
- Fines administrativos, emisión de certificados, informes.
- Fondo histórico-documental.

El Servicio de Admisión-Archivo y Documentación Clínica en su área de Archivo y Documentación es el encargado de planificar y organizar los circuitos de movimiento de la Historia Clínica, así como del préstamo, custodia y control de la Historia Clínica.

La Historia Clínica se custodiará/conservará en un espacio designado para ello que es el ARCHIVO DE HISTORIAS siendo responsabilidad del Servicio de Admisión y Archivo planificar las necesidades de espacio, organizar la forma más útil de archivado y establecer una normativa que refleje las funciones a desarrollar.



2.2. - CIRCUITOS ORGANIZATIVOS DE LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA.

2.2.1 - Apertura e identificación de la Historia Clínica.

Se procederá a la apertura de Historia Clínica a todo usuario que no la tenga previamente y que reciba asistencia sanitaria en las siguientes situaciones:

- En régimen de hospitalización.
- En régimen ambulatorio.
 - Consultas externas.
 - Hospital de Día.
 - Hospitalización a domicilio.
- En el Servicio de Urgencias. :
 - Aquellos pacientes que acudan al Servicio de Urgencias del Hospital en tres ocasiones como mínimo durante un período de tres días.
- Todo paciente que deba ser incluido en Lista de Espera Quirúrgica para ser intervenido posteriormente, tanto en régimen ambulatorio como con hospitalización.

La apertura de Historia Clínica para contener los documentos generados en estas asistencias conllevará **LA ASIGNACIÓN DE UN NÚMERO IDENTIFICATIVO**, único por paciente y que también identificará toda la documentación que se genere durante el proceso asistencial.

En el Archivo las Historias Clínicas se archivarán por su número de identificación y siguiendo el método de triple dígito terminal.

Todos los documentos de la Historia Clínica, tanto los escritos como los iconográficos se identificarán con el número de identificación (número de Historia Clínica) y el nombre y dos apellidos del usuario que se colocarán en el margen superior derecho de cada documento.

- **La cumplimentación de estos datos corresponde al responsable de iniciar la hoja.**

Todos los soportes no textados (iconográficos) deberán ser identificados por el nombre y dos apellidos de la persona a que corresponda, así como por el número de Historia Clínica y fecha de exploración. La cumplimentación de estos datos será realizada por el Servicio de Radiodiagnóstico o Servicio que realice la exploración. El sobre que contiene esta documentación llevará, además el número de cama si procede y el nombre del Servicio o Unidad peticionaria.

Las normas para asignar número de identificación personal, así como los datos que deben contener el FIMP (fichero índice maestro de pacientes del Hospital), los determinará el



Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica, y serán recogidos en un documento de reglamento interno del Servicio.

2.2.2. - Confección de la Historia Clínica.

Los documentos que componen la Historia Clínica del Hospital y Atención Especializada serán confeccionados obligatoriamente en los formularios aprobados por la Dirección del Hospital, a propuesta de la Comisión de Historias Clínicas. No se admitirán otros documentos que no cumplan estos requisitos.

- ❑ La Historia Clínica se confeccionará por episodios asistenciales, conteniendo cada proceso asistencial los documentos que correspondan al mismo.
- ❑ El orden de los procesos generados se mantendrá desde el primero al último.
- ❑ Cada proceso asistencial estará separado del resto y estará cerrado (documento en primer orden) por el Informe de Alta.
- ❑ El contenido escrito de la Historia Clínica deberá tener las siguientes características:
 - Legible.
 - Se utilizará una terminología normalizada y universal.
 - No se usarán abreviaturas, y si se utilizan se acompañarán de su significado completo.
 - En caso de error, se anulará, enmarcándolo entre paréntesis poniendo la anotación “error” sobre ella.
 - Se utilizará únicamente tinta azul o negra de bolígrafo o escritura a máquina.
 - Cada hoja de la Historia Clínica sólo se utilizará para el objeto que ha sido diseñada y autorizada por la Comisión de Historias Clínicas.
 - Los documentos que componen la Historia clínica serán los añadidos en el anexo 1 de este reglamento ya que son los que se han normalizado por la Comisión de Historias Clínicas.



Todo episodio asistencial se cerrará con un informe de **ALTA** que se tramitará de la siguiente manera:

- ❖ **Alta voluntaria.** Lo firmará el paciente o su representante legal y el facultativo asistencial, en él se reflejará el diagnóstico de presunción o definitivo si lo hubiese y la fecha. Se entregará en el momento y se hará por triplicado, una copia para el paciente o su representante, otra se archivará cerrando el episodio asistencial y el otro se enviará al Servicio de Admisión.
- ❖ **Alta de Hospitalización.** En el momento de producirse el alta del paciente en el Hospital se le entregará un informe, a ser posible definitivo si no provisional donde se refleje por escrito el/los diagnósticos, el tratamiento prescrito y recomendaciones para cumplirlo.

Este Informe provisional no sustituye al definitivo que deberá redactarse en un plazo máximo de quince días y remitirlo al paciente dejando una copia en la Historia Clínica cerrando ese proceso asistencial.

- ❖ **Alta de Consultas Externas.** Se entregará en mano al paciente o se tramitará por correo en un plazo de tres semanas como máximo.
- ❖ **Hojas de alta de Urgencias.** Se entregarán en mano al paciente en el momento, quedando una copia en la Historia Clínica.



2.2.3. Estructura y orden del contenido de la Historia Clínica.

Cada episodio de ingreso hospitalario debe archivar de forma separada, sin mezclar los episodios diferentes, debiendo separar claramente las actividades de hospitalización de las ambulatorias, estas se incluirán en una carpeta blanca.

El orden que se ha definido para agrupar los documentos de los episodios de hospitalización es:

1. Informe clínico de alta hospitalaria.
2. Hoja de anamnesis y exploración física.
3. Hojas de evolución medica.
4. Informes de Laboratorio y Servicios Centrales.
 - 4.1 Hematología
 - 4.2 Bioquímica
 - 4.3 Microbiología
 - 4.4 Exploraciones de imagen
 - 4.5 Anatomía Patológica

Estos informes se ordenaran por orden cronológico

- 5 . Hojas de interconsulta
- 6 . Informe preanestesico
- 7 . Informe de acto quirúrgico
- 8 . Gráficas de anestesia
- 9 . Hoja de enfermera circulante
10. Ordenes medicas
11. Gráficas de enfermería
12. Valoración de la historia de enfermería
13. Evolución de enfermería
14. Hoja de enfermería de administración de tratamiento
15. Hoja de riesgo social
16. Parte de asistencia por lesiones
17. consentimientos informados
18. Historia de Urgencias
19. Solicitud de ingreso/intervención

La responsabilidad de ordenar la documentación corresponde a las secretarias de las plantas.



3. - SERVICIO DE ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

3.1- NORMAS GENERALES:

El Servicio de Archivo y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA es el encargado de realizar la gestión de las historias clínicas sobre la base de los principios de disponibilidad, fluidez y operatividad.

El Servicio de Archivo. es el centro de custodia de toda la documentación médica que se produzca en el hospital y es el responsable de su adecuada conservación y disponibilidad, mientras dura su permanencia en el interior del Archivo. Así mismo controlará el movimiento y uso de las historias por los distintos servicios del Hospital.

El Servicio de Archivo, será el responsable de velar por la salvaguarda de la confidencialidad de la HISTORIA CLÍNICA y demás documentación médica que custodia. Una vez que se haya producido la salida de la documentación de los límites físicos del Archivo, dicha responsabilidad, recaerá sobre el peticionario y subsidiariamente sobre la unidad asistencial a que pertenece.

En el Servicio de archivo debe conocerse en todo momento la existencia y exacta ubicación de todas las historias tanto de la que le hayan sido entregadas para su archivado, como de la que permanezca circulante y pendiente del alta del paciente.

Para conseguir todas estos objetivos son necesarias unas normas, que regulen el préstamo de Historias Clínicas, el acceso a la información contenida en ellas, la reproducción de documento o Radiografías y la conservación de la Documentación Médica.

3.2- NORMAS PARA EL PRÉSTAMO DE HISTORIAS CLINICAS.

El Servicio de archivo dará en concepto de préstamo a los distintos Servicios asistenciales la documentación médica que precisen para la asistencia a los pacientes atendidos en el Centro y para la realización de aquellas sesiones clínicas cuando así se soliciten.

La solicitud de documentación médica para estudio o investigación será atendida para ser realizada exclusivamente en las instalaciones del servicio de documentación Médica, disponiéndose de una sala acondicionada al efecto. Queda prohibida, por tanto, la retirada del archivo para ser revisada en el propio Servicio del médico solicitante o en cualquier otra área del Hospital aunque de modo provisional se va a permitir mientras se acondicione el archivo, para tales menesteres.

La solicitud de préstamo de historias, podrá hacerse en cualquier día del año y a cualquier hora del día en los supuestos de ingreso en hospitalización y consulta en el Area de Urgencias.



La petición para uso en el Área de consultas externas se hará por el Servicio de Admisión con un mínimo de 48 horas antes de la fecha de uso previsto.

La solicitud por motivos jurídico-legales, se podrá hacer durante la jornada laboral ordinaria.

En aquellos casos en que por necesidad no puedan cumplirse las condiciones expuestas, el responsable de la petición deberá justificar y explicar los motivos de la misma.

Para proceder por parte del Archivo al préstamo de una historia se debe:

- Documentación solicitada para hospitalización: su solicitud se hará, a través de la Admisión del Centro.
- Documentación solicitada para uso en consultas externas: su solicitud se hará a través del Servicio de Admisión, consultas externas.
- Documentación solicitada para uso en Área de Urgencias: su solicitud se hará a través del Servicio de Admisión de urgencias, se indicará si hay ingreso y Servicio al que va destinada.
- Documentación solicitada para estudio e investigación: su solicitud la hará directamente el médico solicitante y/o el personal de enfermería que debe realizar el estudio.
- Documentación solicitada para inspección o uso jurídico legal; la solicitud se hará a través de la Inspección Médico y/o Dirección del Centro, o el médico que debe emitir el informe.

En ningún caso el Archivo se atenderán solicitudes realizadas telefónicamente, por terceros no autorizados, ni directamente por pacientes o familiares de los mismos, si no cuentan con la autorización previa de la Dirección Médica, aunque estos sean trabajadores del Centro. Tampoco se atenderán solicitudes con formularios distintos de los oficiales o a través de un cauce distinto.

En ningún caso el Servicio de Documentación médica atenderá solicitudes en las que en el formulario de la petición no consten claramente legibles los datos de identificación del paciente y/o el Número de Historia, Servicio o Unidad peticionaria y el nombre del facultativo responsable de la petición así como el motivo de la misma.

El orden de prioridades para el suministro de documentación, cuando no se puedan atender todas las solicitudes oportunamente por aumento de carga de trabajo en el Servicio de DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, se establecerá de este modo:

- 1º. - Historias de enfermos ingresados y en urgencias.
- 2º. - Historias de enfermos programados en consultas externas.
- 3º. - Historias para estudios científicos y académicos.

La retirada de las historias solicitadas se hará por el personal que establezca la Dirección Gerencia y se someterá a horario de 8:30 a 15 horas y de 15 horas a 22 horas. De las 22 horas a las 8:00 horas, únicamente se servirán las Historias de paciente en Servicio de Urgencias y se



hará por el Auxiliar Administrativo del Servicio de Admisión- Urgencias, previa entrega de la solicitud debidamente cumplimentada.

Los Domingos y festivos todo el día y los sábados en el intervalo de 15:00 a 22:00 horas también se retirarán únicamente las Historias de urgencias por el Auxiliar Administrativo del Servicio de Admisión-Urgencias.

La retirada de la DOCUMENTACIÓN CLÍNICA solicitada para estudio se someterá al horario que establezca el Servicio de D.M. y serán servidas en un plazo máximo de 4 días.

La preparación de la DOCUMENTACIÓN CLÍNICA solicitada por DOCUMENTACIÓN CLÍNICA y/o D. Gerencia podrá realizarla automáticamente, siguiendo las instrucciones ya presentadas.

La devolución de las Historias Clínicas y demás documentación prestada, se realizará por personal perteneciente al Servicio peticionario con los siguientes plazos:

- Para documentación proveniente del área de hospitalización: En el plazo de 15 días a partir de la fecha de alta.
- Para Documentación proveniente del área de consultas externas, en el plazo de 3 días a partir de la fecha de utilización.
- Para documentación proveniente del área de Urgencias, en el plazo de 1 día.

En aquellas ocasiones en las que estos plazos no se cumplan, el Servicio de DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, enviará una carta al facultativo responsable requiriendo los motivos del retraso.

Será obligación del Servicio o del Facultativo peticionario comunicar al Servicio de DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, el traslado a cualquier otra unidad asistencial de la documentación prestada. En caso de omitirse este trámite, la responsabilidad de custodia, conservación, buen uso y devolución continuará siendo del facultativo que realizó la primera solicitud.



3.3.- NORMAS PARA ACCEDER A LA INFORMACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

3.3.1.-CONFIDENCIALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Es obligación máxima del Servicio de DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, garantizar la confidencialidad tanto de la HISTORIA CLÍNICA, como de los resultados de analíticas y pruebas especiales que ésta contiene, mientras custodia esta documentación. Una vez que se haya producido la salida de la DOCUMENTACIÓN CLÍNICA de los límites físicos del Archivo, esta responsabilidad recaerá sobre el peticionario y subsidiariamente sobre la unidad asistencial a la que pertenece.

El acceso a la información contenida en la HISTORIA CLÍNICA se regulará por las siguientes normas:

- a) Acceso a la Historia para uso asistencial: Los facultativos del Centro, podrán solicitar la Historia Clínica para cualquier actividad asistencial.
- b) Los facultativos o Instituciones ajenas al Hospital que soliciten la Historia clínica para el seguimiento asistencial de un paciente, serán remitidas al Facultativo responsable del Servicio de Admisión y/o D. Clínica que autorizará o no la consulta de la Historia, siguiendo las instrucciones recibidas de la Dirección Médica.

Cuando un paciente sea derivado por orden facultativa a otro Centro de superior nivel para tratamiento o pruebas diagnósticas especiales se procurará por el Servicio de ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA enviar las pruebas realizadas para agilizar la atención al paciente, según información recibida en el informe y propuesta de canalización, para lo cual, los facultativos asistenciales, deberán reflejarlo en dicho informe.

Cuando un paciente haya acudido por voluntad propia a otro Centro, para recibir atención sin autorización de los responsables del Centro propio, el Servicio de ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, no tendrá obligación de entregar al paciente las pruebas especiales que requiera a no ser que reciba instrucciones específicas de la Dirección Médica.

Los facultativos, organismo o instituciones ajenas al Hospital, que precisen una HISTORIA CLÍNICA, deberán contar con la autorización de la Dirección Médica y/o Gerencia.

El acceso a la HISTORIA CLÍNICA por parte del paciente, deberá ser autorizada por Dirección Médica o Gerencia.

La HISTORIA CLÍNICA abandonará las dependencias del Archivo de HISTORIA CLÍNICA sólo y exclusivamente para uso asistencial y a petición del facultativo del Centro, no debiendo salir nunca de los límites físicos del Hospital, a no ser que sea demandada por la Administración de Justicia.

Para garantizar la confidencialidad y privacidad de la información contenida en la documentación clínica, se deberán observar las siguientes normas para su difusión o publicación:



1. - No deberá contener aquellos datos que permitan la identificación del paciente, como nombre y apellidos, número de HISTORIA CLÍNICA, domicilio y en general aquellos otros que indirectamente, posibiliten su identificación.

2. - Si por objeto de la difusión de la información, se requiera consignar o mostrar la identificación del paciente, será preceptiva la autorización escrita del mismo.

3. - La publicación total o parcial de la información contenida en la HISTORIA CLÍNICA deberá ser custodiada por la Comisión de Docencia.

Las reproducciones de documentos o radiografías contenidas en la HISTORIA CLÍNICA deberán ser autorizadas por el Servicio de D.M. de acuerdo con las siguientes normas:

- a) Solicitud por parte de un Hospital al que se ha trasladado al paciente a petición de nuestro Centro: se remitirá la documentación solicitada (debe ser una copia).
- b) Solicitud por parte de otro Hospital o de otro facultativo: la solicitud de reproducción deberá ser realizada por el paciente, debiendo ser autorizada por la Dirección Médica.
- c) Solicitud por parte del paciente: el paciente siempre tiene derecho a la reproducción de los informes de alta contenidos en la HISTORIA CLÍNICA. Así mismo se pondrán reproducir las pruebas objetivas no ligadas a interpretación médica. Cualquier otra solicitud de reproducción de otro documento incluido en la HISTORIA CLÍNICA deberá contar con la autorización de la Dirección Médica y del facultativo responsable del episodio asistencial.

3.4.- NORMAS PARA REALIZAR CUSTODIAS ESPECIALES DE HISTORIA CLÍNICAS.

Las HISTORIA CLÍNICA sometidas al tratamiento de custodia especial, serán guardadas en un armario especial cerrado con llave, localizado en las dependencias del archivo.

1. - Las Historias solicitadas por Tribunales de Justicia: será notificado al Archivo por la Dirección Médica. La Historia Clínica original, si no es remitida al Juzgado, se guardará en un armario especial y no saldrá en ningún caso, a no ser que sea solicitada por la dirección. Al objeto de permitir su uso para la actividad asistencial, la HISTORIA CLÍNICA será reproducida íntegramente.

2. - Historias consideradas especiales por la Dirección Médica, deberán ser notificadas al Archivo por la Dirección Médica y seguirán el mismo tratamiento anterior.



3.5.- NORMAS DE ACTUACION EN CASO DE HISTORIAS CLÍNICAS EXTRAVIADAS.

DEFINICIÓN.

Se considera Historia Clínica extraviada a aquella que no se encuentra localizada durante un periodo superior a 3 meses y después de su búsqueda.

Se consideran HISTORIA CLÍNICA provisionalmente extraviada a aquella que no se encuentra localizada durante un periodo superior a 1 mes.

Cuando una HISTORIA CLÍNICA se considere provisionalmente extraviada, se iniciará un expediente de extravío de la misma a cargo del Servicio de D.M., en el que se intentarán conocer las causas que motivaron su pérdida. Dicho expediente deberá reunir como mínimo los siguientes requisitos:

- Realización de búsqueda especial en las dependencias del Archivo.
- Notificación y búsqueda en la última unidad que solicitó la HISTORIA CLÍNICA
- Búsqueda de la HISTORIA CLÍNICA en todos los Servicios en los que se conozca que ha recibido la asistencia del paciente.

Una vez cerrado el expediente se comunicará el extravío provisional a la Dirección Médica del Hospital y a los Jefes de Servicio responsables en la actualidad de la asistencia al paciente.

Rebasado el periodo de 3 meses, sin localizar la Historia Clínica, se considera definitivamente extraviada con la fecha de la pérdida y se hará:

- Confección de una nueva carpeta de Hª Clínica en la que señalará que es una Hª Clínica extraviada con una correspondiente fecha de pérdida.

Así mismo se encargará de obtener duplicados de los informes del paciente, debiendo contactar como mínimo con:

- Servicios en los que ha estado ingresado el paciente, al objeto de obtener fotocopias de los informes de alta.
- Servicios quirúrgicos donde haya sido intervenido el paciente para obtener copias de los informes quirúrgicos.
- Departamento de Anatomía Patológica, al objeto de obtener duplicados de informes de biopsias.
- Servicio de Radiodiagnóstico al objeto de obtener copias de sus exploraciones.
- Cualquier otro Servicio que, bien por informes de alta o por indicación del paciente puedan tener información de exploraciones realizadas al mismo.