

**OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°001-2025-INSM "HD-HN"/OEI**  
**V.01**

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA**  
**GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL**  
**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL**  
**"HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI"**



**Lima – Peru**

**2025**



M. BUITRÓN A.

### HOJA DE CONTROL DEL DOCUMENTO

RUBRO	A CARGO DE	FECHA	Vº. Bº.
ELABORADO POR	Oficina de Estadística e Informática	15/07/2024	 M. BUITRÓN A.
REVISADO POR	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico  / Equipo de Organización y Modernización Institucional	24/01/2025	 
APROBADO POR	Dirección General	28/02/2025	 B. MISAICO R.

## DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2025-INSM "HD-HN"/OEI-V.01

### DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI"

#### I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la calidad, seguridad y eficiencia en la atención de los usuarios de los servicios de salud del Instituto Nacional de Salud Mental. Esto se logrará mediante un manejo integral y un registro estandarizado de los formatos básicos y especiales de la Historia Clínica, asegurando la disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información. Asimismo, se busca proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de salud y del Instituto, en cumplimiento con las normativas vigentes y los principios éticos de la práctica sanitaria.

#### II. OBJETIVO

##### 2.1 Objetivo General:

Establecer las disposiciones normativas y operativas esenciales para la formulación, actualización, evaluación, aprobación, difusión e implementación de los formatos básicos y especiales de la Historia Clínica. Estas disposiciones buscan garantizar un manejo eficiente, la protección adecuada y la estandarización de los procesos relacionados, asegurando que cumplan con los principios éticos, normativos y operativos del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi".

##### 2.2 Objetivos Específicos:

- a) Definir los criterios que permitan mejorar el uso correcto, conservación, custodia, protección física y traslado de las Historias Clínicas.
- b) Organizar el proceso de eliminación de Historias Clínicas, asegurando el cumplimiento de las normativas vigentes.
- c) Proponer la implementación y fortalecimiento del Registro Nacional de Historia Clínica Electrónica, promoviendo su uso efectivo y seguro en el marco institucional y nacional. "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi".

#### III. AMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones establecidas en la presente Directiva Administrativa; son de aplicación obligatoria para toda la persona asistencial y administrativo que labora en las Unidades Orgánicas involucradas con la gestión de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".



#### IV. BASE LEGAL

- Ley N°30947, Ley Salud Mental.
- Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública y demás normas modificatorias.
- Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprueba la Identificación Estándar de Datos en Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo.
- Resolución Ministerial N° 462-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud Mental.
- Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N°214-2018-/MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la historia clínica".
- Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Directoral N°092-2024-DG/INSM "HD-HN" se aprueba la Directiva Administrativa N°001-INSM-"HD-HN"/OEPE-2024 documento normativo que establece "Disposiciones para estandarizar la elaboración, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos institucional".

#### V. DISPOSICIONES GENERALES

##### 5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

Para efectos de la presente directiva se señalan las siguientes definiciones.

5.1.1. **Acto de salud:** Es toda acción o actividad que realizan los otros profesionales de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según corresponda, que se brinda al paciente, familia y comunidad.

5.1.2. **Acto médico:** Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.

5.1.3. **Archivo activo de historia clínicas:** Es el repositorio físico que permite almacenar las historias clínicas que son requeridas con frecuencia por los

usuarios de salud, y que se mantiene allí por un periodo máximo de cinco (5) años después de la última atención recibida por el paciente, posterior a dicho periodo. Una vez que la historia clínica no ha sido solicitada por el periodo establecido, el cual es contabilizado desde la última prestación recibida por el usuario en salud, esta será transferida al archivo pasivo.

5.1.4. **Archivo común de historias clínicas:** Es el archivo que integra a las historias clínicas clasificadas y organizadas según frecuencia de su uso, denominándose: archivo activo y archivo pasivo.

5.1.5. **Archivo especial de historias clínicas:** Es el archivo asignado para las historias clínicas de casos médicos legales y de interés científico o histórico; asimismo se incorporan las historias clínicas de paciente con cáncer ocupacional. Estas historias deben ser custodiadas bajo medidas de mayor seguridad, por la relevancia previamente detallada.

5.1.6. **Archivo pasivo de historias clínicas:** Es el repositorio físico que permite almacenar las historias clínicas de pacientes que han fallecido o que no han sido requeridas por más de cinco (5) desde su última atención. En este archivo también están consideradas las historias clínicas parcialmente eliminadas, las que contiene los formatos no eliminados (por ejemplo: formatos de consentimiento informado, formato de anestesia, epicrisis, informes de alta y otros según pertinencia).

5.1.7. **Historia Clínica:** Es el documento legal, en el que se registra los datos de identificación y los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico, otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de la salud y que son refrendados con la firma manuscrita o firma digital de los mismos.

5.1.8. **Firma Digital:** Firma electrónica que cumple con todas las funciones de la firma manuscrita, en particular se trata de aquella firma electrónica basada en criptografía asimétrica. Permite la identificación del signatario, la integridad del contenido y tiene la misma validez que el uso de una firma manuscrita.

5.1.9. **Atención de salud:** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.

5.1.10. **Comité de Evaluación de Documentos:** Es el designado por la más alta autoridad institucional, encargada de conducir el proceso de formulación del programa de control de documentos, de eliminación de documentos y de transferencia documental.

5.1.11. **Comité Institucional de Historias Clínicas:** Es el equipo de profesionales del área asistencial y administrativa, designados por la jefatura. Tiene por finalidad velar por la calidad del registro de la historia clínica y demás formatos, a través del monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la normativa sobre historia clínica, así como proponer a la dirección de la institución las acciones a implementarse en base a los resultados de la supervisión y hallazgos del cumplimiento de la normatividad.

5.1.12. **Consentimiento informado:** Es la conformidad expresa del paciente en relación a una atención médica, quirúrgica o algún procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de la salud competente le ha informado la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios; por lo que debe ser registrado y firmado mediante un documento por el paciente o su representante legal y por el profesional responsable de la atención.

5.1.13. **Eliminación de documentos:** Es el procedimiento archivístico que consiste en la destrucción de los documentos autorizados expresamente por el Archivo General de la Nación.

5.1.14. **Hoja de retiro voluntario:** Es el documento en el cual el paciente o su representante legal, ejerciendo su derecho deja constancia de su decisión de abandonar las instalaciones del Instituto Nacional de Salud Mental "HD-HN", donde permaneció hospitalizado, internado o en observación, en situación de emergencia, en contra de la opinión médica, asumiendo él la responsabilidad y las consecuencias que por tal decisión pudieran derivarse. En caso que esté en peligro la vida del paciente, se debe comunicar al Ministerio Público.

5.1.15. **Organización de documentos:** Es un proceso archivístico que consiste en el desarrollo de un conjunto de acciones orientadas a clasificar, ordenar y asignar los documentos en cada entidad.

5.1.16. **Personal autorizado:** Se refiere al personal responsable del archivo de las historias clínicas asignado formalmente y al personal de la salud que brinda la atención paciente.

5.1.17. **Personal de la Salud:** Está compuesto por los profesionales de la salud, personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente.

5.1.18. **Series documentales:** Es el conjunto de documentos que poseen características comunes, el mismo tipo documental o el mismo asunto y, por consiguiente, son archivados, usados y pueden ser transferidos, conservados o eliminados como unidad. En correspondencia de su contenido se identifican dos series documentales

- Historias clínicas del archivo común
- Historia clínica del archivo especial

5.1.19. **Transferencia de historias clínicas.** Es un procedimiento archivístico, que consiste en el traslado de las historias clínicas de un archivo a otro, al vencimiento de los periodos de retención establecidos en los programas de control de documentos.

5.1.20. **Usuario de salud:** Es la persona natural que hace uso de las atenciones de salud.

5.1.21. **Sistema MentalCom:** Es un sistema informático integrado de Gestión Hospitalaria.

5.1.22. **Cuaderno de Cargo de Historia Clínica:** Es un documento donde se registran las salidas y retornos de las Historias Clínicas, con el número de historias clínica, nombre del paciente, fecha, hora, firma y nombres del responsable a quien se entrega la historia clínica, además de contar con el sello de la oficina, departamento o área que lo solicite.

5.1.23. **Centro Consultante:** Establecimiento de salud localizado en una área con limitaciones de acceso o capacidad resolutive y que cuenta con tecnologías de información y comunicación que le permita enviar y recibir información para ser apoyado por otra institución de mayor complejidad a la suya, en la solución de las necesidades de salud, tanto de gestión, información, educación y comunicación y de la prestación de servicios de salud a la población que atiende.

## 5.2. SIGLAS

5.2.1. **INSM:** Instituto Nacional de Salud Mental

5.2.2. **DG:** Dirección General

5.2.3. **OEI:** Oficina de Estadística e Informática

5.2.4. **HC:** Historia Clínica

5.2.5. **AGN:** Archivo General de la Nación

5.3. Es obligatoria la conformación del "Comité Institucional de Historias Clínicas" en el Instituto Nacional de Salud Mental. La formalización del comité se realiza mediante acto Resolutivo de la Jefatura, y está conformado por un mínimo de cinco (5) integrantes (personal de las áreas de administración o gestión y personal asistencial relacionado con los procesos de la gestión de la historia clínica), de acuerdo a lo establecido con la norma vigente.

5.4. Para el archivo de las historias clínicas, se debe tener en cuenta lo siguiente:

5.4.1. El contenido, relevancia legal o histórica y riesgo ocupacional, determina su ubicación en el archivo común o archivo especial

5.4.2. En caso que el usuario de salud hiciera uso nuevamente de los servicios del Instituto Nacional de Salud Mental "HD-HN" y su HC se encuentra en el archivo pasivo, ésta deberá retornar al archivo activo, conservando su misma identificación.

5.4.3. Las historias clínicas son retiradas del archivo conforme a las disposiciones establecidas en la presente directiva administrativa.

## VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 6.1 Apertura de la Historia Clínica

6.1.1. Previa consulta en el registro de usuarios de la base de datos de la institución

se procede con la apertura de una HC única e individualizada a todo usuario que solicita una prestación de salud, verificando que no tenga HC anterior.

6.1.2. La apertura de la HC se realiza mediante la identificación estándar del usuario de salud a través de su número de DNI (nacional), Carnet de Extranjería (residente), de pasaporte o documento de identidad extranjero (extranjero de tránsito). El número asignado identifica al usuario de salud y es de registro obligatorio en toda la documentación que se genere durante las prestaciones posteriores.

6.1.3. Para el caso de pacientes sin documento de identidad, la institución asignará un número correlativo de HC provisional, en tanto se determine y confirme la identidad del usuario de salud.

6.1.4. Solo en el caso de menores de edad, la apertura de la HC será solicitada por el padre, madre o apoderado legal. Asimismo, previa a su atención, se deberá consignar en la HC los siguientes datos: Nombres y apellidos del padre, madre, tutor o apoderado y su número de Documento Nacional de Identidad (DNI).

6.1.5. Para la apertura de la historia clínica, se requiere la presencia física del paciente en la entidad; salvo que, por razones justificadas, no pueda desplazarse hacia los módulos de admisión, bajo tal situación se procederá con la apertura de manera excepcional.

## 6.2 Manejo de la historia clínica

6.2.1 El paciente o usuario de salud brinda a través de su firma manuscrita un consentimiento informado, en virtud al tratamiento de sus datos sensibles contenidos en la HC, conforme a lo señalado en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales. Dicho consentimiento se exceptúa en caso el tratamiento de sus datos sensibles se realice en circunstancia de riesgo para la prevención, diagnóstico y tratamiento médico del paciente o usuario de salud, observando el secreto profesional, en caso de que medien razones de interés público previsto por la Ley, o cuando se realicen estudios epidemiológicos siempre que se apliquen procedimientos de disociación adecuados.

6.2.2 El profesional de la salud registra en el Sistema Hospitalario Mentalcom del paciente todo acto médico y/o acto de salud, sus anotaciones deben ser objetivas, legibles y sin enmendaduras, utilizando sólo las abreviaturas o siglas que figuren en la lista de abreviaturas de la normativa vigente, en ningún caso se permite el uso de siglas en los diagnósticos. Asimismo, registra de manera obligatoria la atención que brinda a los usuarios, consignando: fecha, hora, sus nombres y apellidos completos, firma, su número de colegiatura y registro de especialidad (de corresponder), independientemente de la modalidad de atención.

6.2.3 Los diagnósticos consignados corresponden a la clasificación internacional de enfermedades, debiendo estar clasificados por quien realizó la atención de acuerdo al CIE-X o la versión que tuviera vigente. Debe registrarse también si corresponde a un diagnóstico: Presuntivo (P) Definitivo (D) o Repetitivo (R), según sea el caso.

6.2.4 El profesional de la salud responsable de la atención, debe registrar en el Sistema Hospitalario Mentalcom en la HC las sospechas de reacciones adversas que pueda presentar el paciente por el uso de medicamentos o productos farmacéuticos, y deberá remitirlo al "Comité de Farmacovigilancia" de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" del Instituto Nacional de Salud Mental "HD-HN". Asimismo, dicho responsable realiza el registro de los eventos adversos en la HC y el reporte respectivo a la instancia correspondiente.

- 6.2.5 El médico tratante, es el encargado de firmar la copia de la HC, epícrisis, informe de alta, informe médico y consentimiento informado que le soliciten. Ante la ausencia del médico tratante y dentro del plazo previsto, lo realiza en sustitución el Médico Jefe del Departamento, Unidad Funcional, Equipo Funcional o Servicio Médico que corresponda.
- 6.2.6 La HC y los formatos que la integran deben estar completos, ordenados cronológicamente, según uso racional y pertinente de los formularios y documentos de hospitalización
- 6.2.7 Los formatos de atención que forman parte de la HC deben consignar los nombres y apellidos completos del paciente y el número de HC, ubicados en un lugar uniforme y de fácil visibilidad; en el caso de hospitalización debe registrarse el servicio, número de cama y episodio de hospitalización.
- 6.2.8 El ordenamiento de los formatos de atención en la HC debe realizarse cronológicamente considerando primero las últimas atenciones realizadas y las más antiguas al final de la carpeta, en concordancia con las fechas de atención, las cuales deben estar foliadas de manera correcta. La foliación se inicia con la apertura de la HC y se realiza de atrás hacia adelante (desde la fecha más antigua a la más reciente), de tal manera que la primera hoja de escrito (cuando se abre la historia clínica) y demás hojas son foliadas en forma correlativa, es decir, sin omitir ni repetir número.
- 6.2.9 La carpeta de HC puede contar (opcionalmente) con código de barras para su mejor identificación, movimiento y control.
- 6.2.10 Cuando el paciente este hospitalizado el/la enfermero/a responsable en el servicio está a cargo de la administración de la HC.
- 6.2.11 Para salvaguardar la seguridad de los archivos y medios de registro, se considera lo siguiente.
- El acceso al archivo de Historias Clínicas es restringido y sólo se permite el ingreso del personal autorizado, asimismo se contará con medidas de seguridad y un sistema de videocámaras.
  - Las historias clínicas se conservan en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.
- 6.2.12 Previo al egreso del paciente, el médico responsable entregará el informe de alta al paciente o representante legal, dicha actividad es de carácter obligatorio y gratuito.

- 6.2.13 Los recursos requeridos para todo el proceso de gestión de la HC deben estar programados en el Plan Operativo Anual (POA), desde su apertura hasta su eliminación.

### 6.3 Sistematización de Historia Clínica

6.3.1 El personal del archivo de Historias Clínicas realiza mediante el Sistema Hospitalario MentalCom correspondiente, el registro, control, monitoreo y archivo de las historias clínicas, dicho sistema permite la actualización periódica y el recupero de la información, cuenta principalmente con los siguientes campos de ingreso:

- a) Número de identificación única del usuario de la HC  
DNI, carnet de extranjería o pasaporte.
- b) Organización de archivos Ambiente, estantes, divisiones; archivo común (archivo activo y archivo pasivo).
- c) Ubicación de la HC en el archivo.
- d) Historia clínica. manuscrita, informatizada, electrónica.
- e) Áreas de circulación o préstamos de la HC.
- f) Control de préstamos, devoluciones e historias clínicas pendientes de devolución.
- g) Datos de la persona autorizada para el préstamo de la HC
- h) Resumen de información.
- i) Registro en medios magnéticos
- j) Sistema de código de barras para las carpetas
- k) Opción de impresión de etiquetas de datos para pegar en las carpetas de historias clínicas, con código y documento de identidad respectivo.

6.3.2 El/la responsable del archivo de Historias Clínicas cuenta con un registro, donde consigna los datos del servidor que solicita la HC y del órgano, unidad orgánica y/o de la dependencia al que pertenece (áreas de atención del paciente, trámite administrativo, investigación, docencia, entre otras), la fecha, hora y los plazos de devolución.

### 6.4 Organización para la implementación de un archivo

- 6.4.1 Las historias clínicas están organizadas el ambiente del archivo de Historias Clínicas, clasificadas en el archivo común (archivo activo y archivo pasivo).
- 6.4.2 El responsable del archivo de Historias Clínicas comunica al Jefatura de la OEI, la necesidad de implementar el archivo especial de historias clínicas cuando lo amerite.
- 6.4.3 La Oficina de Estadística e Informática a través del Equipo de Registros Médicos, Archivo y Admisión, procede a implementar el archivo especial de historias clínicas, para evitar el deterioro, manipulación y/o alteración de la HC, el cual funcionará en un ambiente físico separado y contendrá historias clínicas de especial relevancia, ya sea por su contenido de implicancia médico — legal, por el diagnóstico, por las circunstancias que motivaron la demanda de atención o por las características de los usuarios (ejemplo,;

suicidio o intento de homicidio, usuarios con antecedentes penales, entre otros) y que requieran un manejo especial. También se incorporan a este archivo, las historias clínicas que hayan sido solicitadas por la Policía Nacional del Perú, el Ministerio Público o el Poder Judicial, así como aquellas que tengan interés histórico.

- 6.4.4 En el caso de las historias clínicas del archivo común (archivo activo y pasivo) y archivo especial, el método para su organización debe considerar la numeración del Documento Nacional de Identidad (DNI), procediendo a ordenarlas de forma correlativa de menor a mayor.

### 6.5 Periodo de conservación de una historia clínica

- 6.5.1 El tiempo de conservación de las historias clínicas en el archivo activo es de cinco (5) años, considerados a partir de la fecha de la última atención al paciente. Al pasar al archivo pasivo, las historias clínicas conservan su número original.
- 6.5.2 El periodo de conservación de las historias clínicas en el archivo pasivo (incluido la de pacientes fallecidos) es de quince (15) años. Asimismo, la conservación de las historias clínicas de pacientes salud mental es de veinte (20) años como mínimo, después de terminada la exposición, conforme a lo dispuesto por la normativa vigente.
- 6.5.3 Si durante el periodo de conservación de la historia clínica en el archivo pasivo, el usuario solicita una atención, al término de la atención su historia debe pasar al archivo activo.

### 6.6 Custodia de una historia clínica:

- 6.6.1 Cuando las historias clínicas permanecen fuera del archivo, corresponde la custodia y conservación al personal que la solicitó y de forma subsidiaria al responsable del órgano, unidad orgánica (Oficina y/o Departamento), unidad funcional, equipo funcional y/o servicio médico, al que pertenezca.
- 6.6.2 Toda HC solicitada para atención del paciente, trámite administrativo, investigación, docencia u otra actividad o motivo, debe ser devuelta al archivo correspondiente, inmediatamente después de concluida la atención o trámite que ocasionó la solicitud, en un plazo máximo de setenta y dos (72) horas bajo la responsabilidad de la persona que lo solicitó.
- 6.6.3 El responsable del órgano, unidad orgánica, unidad funcional, equipo funcional y/o servicio médico garantiza la protección de la HC, así como la información contenida en ella; a fin de evitar pérdida, mutilación, alteraciones o el uso de personas no autorizadas a través de disposiciones internas que considere convenientes.

### 6.7 Pérdida o extravío de una historia clínica:

- 6.7.1 En caso se alerte o evidencie el extravío de una HC, el personal del archivo de Historias Clínicas procederá a realizar la búsqueda activa por un periodo de cuarenta y ocho (48) horas.
- 6.7.2 En caso que la HC extraviada no se ubique en el periodo antes señalado, el



responsable del archivo de Historias Clínicas debe poner en conocimiento la OEI, para que proceda a informar a la DG.

- 6.7.3 La DG comunicará sobre la pérdida de la HC a los órganos y unidades orgánicas involucradas, para las acciones de búsqueda respectiva.
- 6.7.4 Los órganos y unidades orgánicas investigan dentro del ámbito de sus competencias y dependencias, y comunican a la DG el resultado de la búsqueda.
- 6.7.5 En caso no se ubique la HC extraviada, durante el periodo de siete (7) días hábiles, posterior a la comunicación de la DG, el responsable del archivo de Historias Clínicas procede a realizar la denuncia policial, seguidamente realiza el llenado respectivo del acta de pérdida, adjuntando la copia de la denuncia policial para ser remito a la Jefatura Institucional y a la Secretaría Técnica de Proceso Disciplinario para la acción correspondiente. De ser necesario, se procederá a realizar la apertura de un proceso administrativo disciplinario contra los que resulten responsables
- 6.7.6 El coordinador y/o responsable del archivo de Historias Clínicas será el responsable de realizar la reconstrucción de la historia clínica extraviada.

## 6.8 Del Servicio Archivístico

- 6.8.1 La OEI monitorea y supervisa el uso de los formatos de servicio archivístico de historias clínicas, en coordinación con el responsable del archivo de Historias Clínicas.
- 6.8.2 Toda HC que se retira del archivo para cualquiera de sus diferentes usos, deberá ser registrada por el personal del archivo de Historias Clínicas en medio físico y/o informático que indique el movimiento de dicha HC, de tal manera, que quede consignada la salida, la recepción por los diferentes "usuarios" internos y su posterior devolución, con las firmas respectivas, debiendo verificarse la integridad del documento devuelto.
- 6.8.3 La HC entregada al órgano, unidad orgánica o cualquiera de sus dependencias, para la elaboración de informes médicos que requieran de opinión especializada o para auditorías médicas, deben ser devueltas al archivo de Historias Clínicas en un plazo no mayor de setenta y dos horas (72) horas.
- 6.8.4 Toda retención de la HC por causa absolutamente justificada debe ser reportada al responsable del archivo de Historias Clínicas, por medio escrito o correo electrónico en el mismo día en que se produce dicha retención, precisando el motivo y fecha de devolución.
- 6.8.5 El personal de archivo de historias clínicas realizará el mantenimiento a las carpetas deterioradas (folder, broches, etiquetas y otros) a fin de garantizar su conservación y/o recuperar su estado. Asimismo, separará los documentos deteriorados por agentes biológicos (insectos, hongos, bacterias, etc.) de la documentación en buen estado para evitar su contaminación.

- 6.8.6 Los documentos deteriorados que mantienen legible la información contenida en los mismos, serán evaluados por el Comité Institucional de Historias Clínicas para conservar el resumen de la información mínima y básica, con el propósito de ser registradas permanentemente en medios magnéticos.

#### 6.9 Transferencia de Historias Clínicas

- 6.9.1 El órgano responsable de la administración de archivos tiene a su cargo la regulación y supervisión del proceso de transferencia de historias clínicas, y es el que formula el cronograma anual de transferencia y lo remite al Archivo General de la Nación, conforme a la normativa vigente.
- 6.9.2 La elaboración del inventario de transferencia donde se registran las historias clínicas, son formulados, uniformizados y actualizados por el personal del archivo de Historias Clínicas, en coordinación con la OEI. Asimismo, se hace de conocimiento al Comité Institucional de Historias Clínicas para la evaluación en el marco de sus competencias.
- 6.9.3 El personal del archivo de Historias Clínicas, en coordinación con la OEI verifica el inventario de transferencia de las historias clínicas por series documentales procedentes del archivo pasivo que forma parte del archivo común de historias clínicas, registrado en archivo/formato Excel, para garantizar y facilitar la conformidad de la recepción respectiva.

#### 6.10 Eliminación de Historias Clínicas

- 6.10.1 En concordancia con la normatividad vigente, la eliminación de las historias clínicas es competencia del Archivo General de la Nación — AGN; única entidad que autoriza la eliminación de documentos.
- 6.10.2 La eliminación es autorizada expresamente por el Archivo General de la Nación, en el ámbito de su competencia, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, previo monitoreo, verificación y seguimiento por parte de funcionarios encargados de esta función.
- 6.10.3 El personal del archivo de Historias Clínicas en coordinación con la OEI, Comité de Historias Clínicas elaborarán el cronograma anual de eliminación de documentos, el cual se debe anexar al plan anual de trabajo correspondiente, los que deberán ser remitidos al Archivo General de la Nación, en los plazos que el marco legal vigente lo establezca.
- 6.10.4 El Comité institucional de Historias Clínicas coordina con el archivo de Historias Clínicas, respecto a la transferencia de historias clínicas de la institución, y emite opinión favorable de corresponder.
- 6.10.5 El personal del archivo de Historias Clínicas identifica y clasifica cada HC a ser eliminada, previamente evalúa el tipo y periodo de su custodia, revisa en su base de datos o repositorio de historias clínicas aquellas que hayan cumplido el periodo de más de veinte (20) años (considerar el tiempo de permanencia general en el archivo de historias clínicas) y aquellas que forman parte del archivo especial de historias clínicas. Asimismo, organiza la documentación propuesta a eliminar, ubicando las historias clínicas en unidades de instalación uniformes, rotuladas con los datos del órgano o unidad orgánica, denominación de la serie, fechas extremas y numeración

correlativa, registrando en los inventarios de eliminación la cantidad total de los metros lineales propuestos a eliminar.

- 6.10.6 El personal del archivo de historias clínicas extrae los formatos o documentos que no deben custodiarse en las historias clínicas del archivo pasivo y propone su eliminación extrayendo una muestra para la evaluación respetiva de cada año, las cuales deben estar identificadas con el número de HC que corresponde al Documento Nacional de Identificación (DNI) del paciente o usuario de salud.
- 6.10.7 Previa a la propuesta de eliminación de la HC, se debe conservar un resumen de información mínima y básica en forma original o en medios magnéticos (digital) de:
- a) Hojas de consentimiento informado.
  - b) Hojas de retiro voluntario.
  - c) Informes de anestesia
  - d) Informes de exámenes clínicos
  - e) Informes de exploraciones complementarias.
  - f) Epicrisis.
  - g) Hojas de evolución médica.
  - h) Hoja de evolución de enfermería de pacientes del Servicio Médico de Emergencia.

La propuesta de eliminación debe de contar con la opinión favorable del Comité Institucional de Historias Clínicas, antes de ser sometida al Comité de Evaluación de Documentos.

- 6.10.8 La propuesta de eliminación de historias clínicas ante el Archivo General de la Nación se realiza de acuerdo a lo señalado en la normativa vigente establecida para la eliminación de documentos. La solicitud de eliminación contiene los documentos que señala la normatividad de la materia y la copia simple del acta u opinión favorable del Comité Institucional de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Honorio Noguchi".

## VII. RESPONSABILIDADES

- 7.1 La IPRESS a través de la Dirección General del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi", es responsable de aplicar las disposiciones contenidas en la presente Directiva Administrativa, además de la difusión, de su implementación, supervisión, monitoreo y evaluación en lo que corresponda a su competencia.
- 7.2 El/la jefe de la Oficina de Estadística e Informática es responsable de la supervisión del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente Directiva Administrativa.



- 7.3 El cumplimiento y la implementación de la presente Directiva Administrativa, es responsabilidad del Jefe de Equipo de Registros Médicos del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" en el manejo de la HC, designa internamente a un responsable de la recepción y entrega de las historias clínicas.
- 7.4 El cumplimiento de la presente directiva es responsabilidad de las DEIDAEs de Adultos y Adultos Mayores, Niños y Adolescentes, Adicciones, Oficina Ejecutiva de Investigación y Docencia Especializada, Departamentos de Emergencia, Rehabilitación, Enfermería. Direcciones Ejecutivas de Investigación, Docencia y Atención Especializada de Niños y Adolescentes, Adicciones, Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Salud Colectiva, Departamento de Emergencia, Departamento de Enfermería, Gestión de la calidad y Unidad Funcional de Seguros y Referencias Contrarreferencias.
- 7.5 El profesional de la salud es responsable de la veracidad y legibilidad de los datos e información que se registren en la historia clínica (HC). Esto incluye la custodia y conservación de la misma. El incumplimiento de estas responsabilidades puede tener consecuencias legales para el profesional de la salud.
- 7.6 El incumplimiento de lo dispuesto en el presente documento normativo genera las responsabilidades administrativas, disciplinarias, civiles y/o penales a que hubiere lugar, de acuerdo a lo previsto a la normatividad vigente.

## VIII. DISPOSICIONES FINALES

- 8.1. Las historias clínicas deben ser accesibles al personal autorizado y a los profesionales de la salud que brindan atención, durante el horario establecido por la institución.
- 8.2. Los formatos básicos y formatos especiales de la historia clínica serán incluidos de acuerdo a lo establecido a la norma vigente. En caso se requiera incorporar formatos adicionales a lo establecido o realizar una variación a los formatos básicos, deberán contar con opinión favorable del **Comité Institucional de Historias Clínicas**.
- 8.3. En caso se evidencie que no se siguió las pautas de la foliación, por omisión, repetición, entre otros, se debe rectificar dicha foliación tachando la anterior con una línea oblicua, efectuándola de manera correcta, además se registrará en el margen derecho los nombres, apellidos, cargo y firma de la persona responsable de la rectificación del folio.
- 8.4. Está totalmente prohibido guardar las historias clínicas en los casilleros, escritorios, armarios o cualquier otro tipo de archivo personal, así como el traslado y retiro de la historia clínica fuera de la Institución. El incumplimiento de esta disposición será considerado una falta grave y podrá dar lugar a sanciones administrativas, disciplinarias o legales, de acuerdo con las normativas vigentes, incluyendo la Ley N° 29733 sobre Protección de Datos Personales y el Código de Ética de la Función Pública.