



| REV | FECHA          | ELABORÓ   | REVISÓ Y APROBÓ                    | DESCRIPCIÓN            |
|-----|----------------|---|------------------------------------|------------------------|
| 0   | 30 – 06 – 2014 | Auditora del Centro de Diagnóstico Médico<br>Médico Especialista en Salud Ocupacional | Jefe Oficina de Gestión de Calidad | Versión original       |
| 1   | 03-08-2020     | Directora Centro Diagnóstico Médico<br>Auditora de Calidad CDM                        | Oficina de Planeación              | Reforma de flujograma. |



## TABLA DE CONTENIDO

|   | <b>Pág.</b>                          |
|---|--------------------------------------|
| 1. OBJETIVO .....   | 4                                    |
| 2. ALCANCE .....  | 4                                    |
| 3. RESPONSABLES .....   | 4                                    |
| 3.1 MÉDICO GENERAL.....                                       | 4                                    |
| 3.2 MEDICO ESPECIALISTA .....                                 | 4                                    |
| 3.3 ODONTÓLOGO .....  | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| 3.4 SECRETARIA .....  | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| 4. ACTORES.....   | 5                                    |
| 5. DEFINICIONES Y TÉRMINOS .....                              | 5                                    |
| 5.1 HISTORIA CLINICA .....                                    | 5                                    |
| 5.2 ARCHIVO DE GESTION.....                                   | 5                                    |
| 5.3 ARCHIVO CENTRAL .....                                     | 5                                    |
| 5.4 ARCHIVO HISTORICO .....                                   | 5                                    |
| 5.5 CONDICIONES DE SALUD O ESTADO DE SALUD.....               | 6                                    |
| 5.6 CONFIDENCIALIDAD .....                                    | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| 5.7 EQUIPO DE SALUD .....                                     | 6                                    |
| 5.8 COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS .....                        | 6                                    |
| 5.8.1. Funciones del Comité de Historias Clínicas .....       | 6                                    |
| 6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO .....                        | 7                                    |
| 6.1 GENERALIDADES.....  | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| 6.1.1. Objetivos de la historia clínica.....                  | 7                                    |
| 6.1.2. Características de la historia clínica.....            | 7                                    |
| 6.1.3. Diligenciamiento de la historia clínica. ....          | 8                                    |
| 6.1.4. Apertura e identificación de la historia clínica. .... | 8                                    |
| 6.1.5. Numeración consecutiva de la historia clínica.....     | 8                                    |
| 6.1.6. Componentes de la historia clínica. ....               | 8                                    |
| 6.1.7. Identificación del usuario.....                        | 8                                    |
| 6.1.8. Registros específicos. ....                            | 9                                    |
| 6.1.9. Anexos. ....   | 9                                    |



|        |  |    |
|--------|--|----|
| 6.2    | ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS .....          | 9  |
| 6.2.1. | Obligatoriedad del archivo.....  | 9  |
| 6.2.2. | Custodia de la historia clínica.....                                   | 9  |
| 6.2.3. | Acceso a la historia clínica.....                                      | 10 |
| 6.2.4. | Retención y tiempo de conservación.....                                | 10 |
| 6.2.5. | Seguridad del archivo de historias clínicas.....                       | 10 |
| 6.2.6. | Condiciones físicas de conservación de la historia clínica.....        | 10 |
| 6.2.7. | Medios técnicos de registro y conservación de la historia clínica..... | 11 |
| 7.     | FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO.....                                      | 12 |
| 8.     | NORMATIVIDAD.....  | 13 |
| 9.     | CONTROL DE REGISTROS.....  | 14 |



## 1. OBJETIVO

Gestionar, controlar y garantizar la apertura y el tránsito de historias clínicas con el fin de garantizar una historia clínica única por usuario y garantizar la custodia y manejo de la misma, por el personal autorizado y dando cumplimiento a la normatividad vigente.

Promover, coordinar y controlar el buen diligenciamiento de las historias clínicas, velar por el cumplimiento de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud para el adecuado manejo de la historia clínica.

## 2. ALCANCE

Aplica desde la apertura de la Historia clínica hasta la disposición en el archivo central.

## 3. RESPONSABLES

### 3.1 MÉDICO GENERAL

El médico General es responsable de realizar la historia clínica de Medicina General a los Estudiantes, Empleados de nuestra institución y usuarios que requieran este servicio.

### 3.2 MEDICO ESPECIALISTA

Profesional responsable en de realizar la historia clínica de pacientes que requieran de servicios de Oftalmología, optometría y Otorrinolaringólogo

### 3.3 ODONTÓLOGO

El odontólogo es responsable de realizar la apertura de la historia clínica Odontológica a los estudiantes, empleados de nuestra institución y usuarios que requieran el servicio.

### 3.4 SECRETARIA

Persona responsable de archivar las historias Clínicas de los pacientes.



## 4. ACTORES

### 4.1 EL CLIENTE

Usuario que requiera el servicio (paciente)

### 4.2 EL MÉDICO

Profesional que realiza la consulta Médica

### 4.3 EL ODONTÓLOGO

Profesional quien realiza la consulta Odontológica.

### 4.4 SECRETARIA

Persona responsable de archivar las historias Clínicas de los pacientes.

## 5. DEFINICIONES Y TÉRMINOS

### 5.1 HISTORIA CLINICA

Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

### 5.2 ARCHIVO DE GESTION

Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos, y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

### 5.3 ARCHIVO CENTRAL

Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención transcurridos cinco años desde la última atención.

### 5.4 ARCHIVO HISTORICO

Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.



## 5.5 CONDICIONES DE SALUD O ESTADO DE SALUD

Datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medio ambiental en la salud de la persona.

## 5.6 CONFIDENCIALIDAD

Reserva que debe mantener el grupo debe mantener el grupo o equipo de salud respecto del estado de salud y a la condición misma de una persona para así garantizar el derecho a la intimidad.

## 5.7 EQUIPO DE SALUD

Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

## 5.8 COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

Defínase el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que, al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución.

El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución

### 5.8.1. Funciones del Comité de Historias Clínicas

- a) Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b) Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
- c) Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.



Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas

## 6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

### 6.1 GENERALIDADES

La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio cumplimiento y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás Procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento Únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Es un **documento privado**, en la medida que corresponde a la vida privada o íntima del paciente.

\*Es **obligatorio**, por cuanto, tiene trascendencias legales que implica el registro de todas las actividades, procedimientos e intervenciones en salud desarrolladas al usuario.

Se encuentra **sometido a reserva**, ya que según lo consagrado en el art 15 de la Constitución Política, existe el derecho que tienen todas las personas a su intimidad personal y familiar, y a su buen nombre.

#### 6.1.1. Objetivos de la historia clínica.

- Obtener el registro de las condiciones de salud del usuario a través del proceso de atención en salud.
- Disponer de un documento único de investigación en salud, para evaluar la calidad de la atención, la adherencia a guías, la pertinencia, análisis de casos entre otros.
- Brindar herramientas para las estadísticas, epidemiológica y de facturación en la institución.

#### 6.1.2. Características de la historia clínica.

• **Integralidad.** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

• **Secuencialidad.** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

• **Racionalidad científica.** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.



- **Disponibilidad.** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

- **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

### 6.1.3. Diligenciamiento de la historia clínica.

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.

Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

### 6.1.4. Apertura e identificación de la historia clínica.

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.

La identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

### 6.1.5. Numeración consecutiva de la historia clínica.

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

### 6.1.6. Componentes de la historia clínica.

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

### 6.1.7. Identificación del usuario.

Los contenidos mínimos de este componente como son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación, deben ser diligenciados de forma completa, sin omitir ningún dato.





### 6.1.8. Registros específicos.

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. Se debe consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta. La historia clínica debe ser firmada por el Profesional, con su respectivo Sello.

### 6.1.9. Anexos.

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para servicios de salud, consentimiento informado, procedimientos y demás documentos que la institución consideren pertinente.

Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos.

Las imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

## 6.2 ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

### 6.2.1. Obligatoriedad del archivo.

La Historia Clínica será organizada en el archivo único para las mismas, de acuerdo a las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

### 6.2.2. Custodia de la historia clínica.

La custodia de la historia clínica estará a cargo del Centro de Diagnóstico Médico, cumpliendo los procedimientos de archivo implementados. Se podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

Para el caso de traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.



En caso de liquidación de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su Representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

### **6.2.3. Acceso a la historia clínica.**

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1) El usuario.
- 2) El Equipo de Salud.
- 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
- 4) Las demás personas determinadas en la ley.

### **6.2.4. Retención y tiempo de conservación.**

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de veinte (20) años, contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud y mínimo diez (10) años en el archivo central.


Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

### **6.2.5. Seguridad del archivo de historias clínicas.**

La historia clínica será archivada en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservándose las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información. Además, se, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

### **6.2.6. Condiciones físicas de conservación de la historia clínica.**

Los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los derogan, modifiquen o adicione.

|  |   |                   |
|--|---|-------------------|
|  | UNIVERSIDAD DE SUCRE  | Versión: 1.0      |
|  | <b>PROCEDIMIENTO DE CUSTODIA Y USO DE HISTORIAS CLÍNICAS<br/>PRO – PS – 024</b> | Página 11 de 15   |
|  |   | Fecha: 03/08/2020 |

### **6.2.7. Medios técnicos de registro y conservación de la historia clínica.**


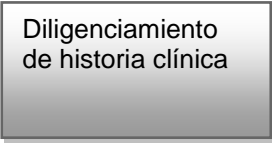
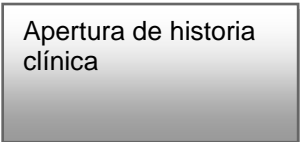


Los soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.


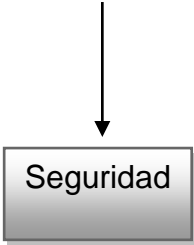
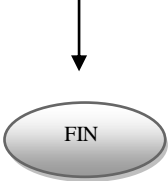
Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.



## 7. FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO

| PASO | ACTIVIDAD   | FLUJO  | RESPONSABLE     | REGISTRO   |
|------|---|--|-----------------|--|
|      | Inicio  |   |                 |  |
| 1    | <b>Diligenciamiento:</b><br>La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.<br>Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.  |   | PROFESIONALES   | FOR-PS-012, FOR-PS-013, FOR-PS-014, FOR-PS-016, FOR-PS-018, FOR-PS-037 |
| 2    | <b>Apertura.</b><br>La Apertura e identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. |   | PROFESIONALES   | NO APLICA  |
| 3    | <b>Custodia:</b><br>Organización y custodia en el archivo único de la Historia Clínica del paciente de acuerdo a las etapas de archivo de gestión, central e histórico.   | <br> | Archivo Central | No Aplica  |



| PASO | ACTIVIDAD  | FLUJO  | RESPONSABLE     | REGISTRO  |
|------|--|--|-----------------|-----------|
| 4    | <b>Acceso:</b><br>En caso de necesitar la Historia Clínica de un Paciente, los únicos que podrán tener acceso a ella serán: El Usuario, El Equipo de Salud, Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley y las demás personas determinadas en la ley.                                    |   | Archivo Central | No Aplica |
| 5    | <b>Seguridad:</b><br>La Seguridad del archivo de las historias clínicas mantendrá en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservándose las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información. |   | Archivo Central | No Aplica |
| 6    | <i>Fin</i>   |  |                 |           |

## 8. NORMATIVIDAD

- Resolución 1995 de 1999, del Ministerio de Salud establece las normas para el manejo de la historia clínica.
- Ley 23 de 1981. Artículos Nos. 33, 34, 35. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Secreto profesional de la Historia clínica. Regula archivos de las historias clínicas.
- Decreto 3380 de 1981. Artículo El conocimiento que de la historia clínica que tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta.
- Decreto 2309 de 2002. Artículo 7: Componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud tendrá como componentes Punto 2: La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, Punto 4: El sistema de información para la calidad. Artículo 10. Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Parágrafo. Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, sólo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.



- Decreto 1011 de 2006 en el artículo 33 obliga a garantizar el desarrollo de procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad que los programas de auditoria sean concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básico en el Sistema Único de Habilitación.
- Resolución 1832 De 1999. Artículo 3: Ajuste a la estructura de datos de identificación, consulta, procedimientos, hospitalización y urgencias
- Resolución 001715 de junio 13 del 2005
- Acuerdo 07 de 1994, Archivo General de la Nación de Colombia. Por el cual se adopta y se expide el Reglamento General de Archivos como norma reguladora del quehacer archivístico del país.
- Acuerdo 011 de 1996, Archivo General de la Nación de Colombia. Por el cual se establecen criterios de conservación y organización de documentos”.
- Acuerdo 049 de 2000, Archivo General de la Nación de Colombia. “Conservación de Documentos” del Reglamento General de Archivos sobre “condiciones de edificios y locales destinados a archivos”. Artículo 2: Condiciones generales. Ubicación, aspectos estructurales. Artículo 3: Áreas de depósito. Estanterías, distribución de estanterías. Artículo 4: Condiciones ambientales y técnicas.
- Acuerdo 20-2014 del consejo superior MECI 2014.
- Norma ISO 9001.

## 9. CONTROL DE REGISTROS

| Código     | Nombre                               | Responsable                                    | Almacenamiento | Acceso   | Retención | Disposición final |
|------------|--------------------------------------|--|----------------|--|-----------|-------------------|
| FOR-PS-012 | Historia Clínica<br>Medicina General | Director<br>Centro de<br>Diagnóstico<br>Médico | Archivador     | Usuario/E<br>quipo de<br>Salud/Aut<br>oridades<br>Judiciales | 5 años    | Archivo<br>Cental |
| FOR-PS-013 | Historia Ocupacional                 | Director<br>Centro de<br>Diagnóstico<br>Médico | Archivador     | Usuario/E<br>quipo de<br>Salud/Aut<br>oridades<br>Judiciales | 5 años    | Archivo<br>Cental |
| FOR-PS-014 | Historia Clínica<br>Oftalmología     | Director<br>Centro de<br>Diagnóstico<br>Médico | Archivador     | Usuario/E<br>quipo de<br>Salud/Aut<br>oridades<br>Judiciales | 5 años    | Archivo<br>Cental |

**PROCEDIMIENTO DE CUSTODIA Y USO DE HISTORIAS CLÍNICAS  
PRO – PS – 024**

| Código     | Nombre                          | Responsable                           | Almacenamiento | Acceso   | Retención | Disposición final |
|------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------|--|-----------|-------------------|
| FOR-PS-016 | Historia Clínica Optometría     | Director Centro de Diagnóstico Médico | Archivador     | Usuario/Equipo de Salud/Autoridades Judiciales | 5 años    | Archivo Central   |
| FOR-PS-017 | Historia Clínica Fonoaudiología | Director Centro de Diagnóstico Médico | Archivador     | Usuario/Equipo de Salud/Autoridades Judiciales | 5 años    | Archivo Central   |
| FOR-PS-018 | Historia Clínica Odontología    | Director Centro de Diagnóstico Médico | Archivador     | Usuario/Equipo de Salud/Autoridades Judiciales | 5 años    | Archivo Central   |
| FOR-PS-037 | Historia Clínica Psicología     | Director Centro de Diagnóstico Médico | Archivador     | Usuario/Equipo de Salud/Autoridades Judiciales | 5 años    | Archivo Central   |