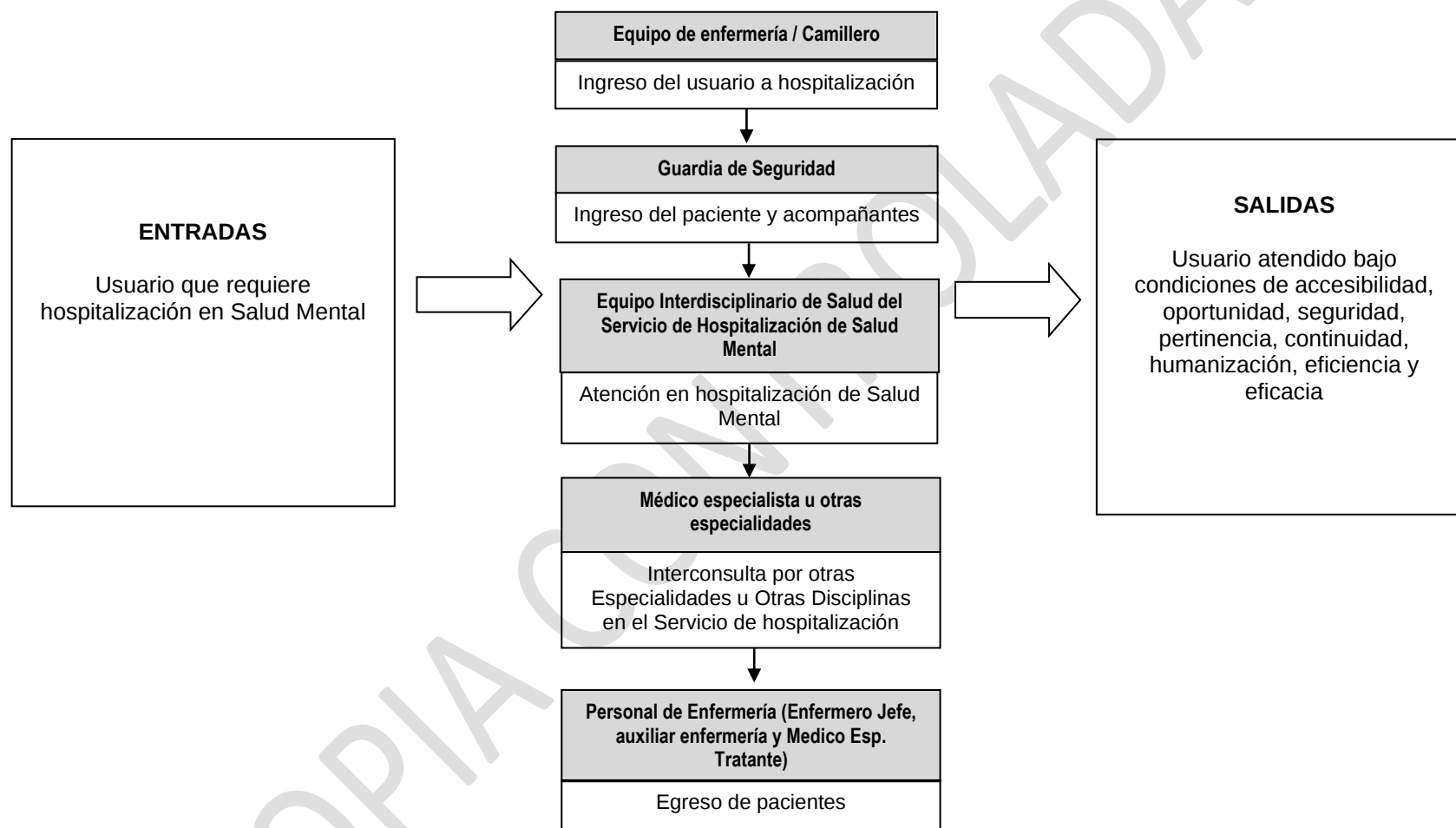
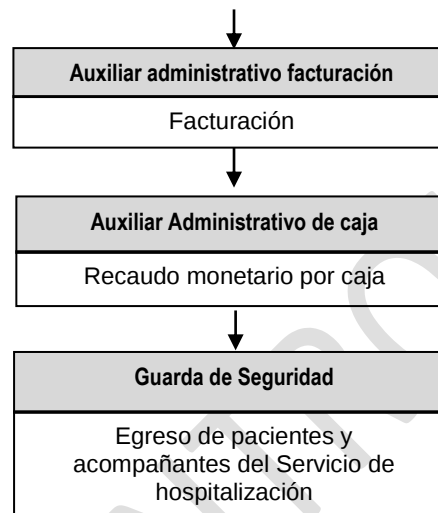






	MACRO PROCESO: ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
	PROCESO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	VERSIÓN: V3
		CÓDIGO: GA-H-C-003
		PAGINA: 3 de 59

1. OBJETIVO

Brindar una atención integral y centrada en el usuario y su familia en el servicio de hospitalización, en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, humanización, eficiencia y eficacia; y procurando la satisfacción del paciente y su familia.

2. ALCANCE

Inicia con el ingreso del usuario a hospitalización de salud mental y termina con el egreso del paciente y acompañantes del servicio de hospitalización.

3. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL

Ver “Normograma Institucional”

4. UBICACIÓN EN EL MAPA DE PROCESOS INSTITUCIONAL

Misional

5. DEFINICIONES

U TERAPIA OCUPACIONAL: Área de la salud que emplea técnicas y métodos, que a través de actividades aplicadas, con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud y favorece la restauración de la función, con el propósito de conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, física y social.

U TERAPIA: Tratamiento que se pone en práctica para curar una enfermedad.

U ANAMNESIS: Información recopilada, mediante preguntas específicas, formuladas al paciente y/o familiares de este para obtener datos, formular el diagnóstico y tratamiento del paciente.



	MACRO PROCESO: ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
	PROCESO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	VERSIÓN: V3
		CÓDIGO: GA-H-C-003
		PAGINA: 4 de 59

U UNIDAD DE SALUD MENTAL: Lugar donde se ofrece atención por medio de un recurso humano calificado, integrado por médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionales, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y auxiliares de enfermería, con amplia experiencia en procesos de prevención, tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales.

U EPICRISIS: Es el resumen de la historia clínica del usuario que ha recibido servicios de urgencias con observación o de hospitalización, con los contenidos y características.

U INTERCONSULTA: Procedimiento mediante el cual, a petición de un médico, otro médico revisa la historia médica del usuario, explora al usuario y realiza recomendaciones sobre asistencia y tratamiento. El médico al que realiza la interconsulta suele ser un especialista con experiencia en un determinado campo de la Medicina.

U PSIQUIATRIA: Es una especialidad médica que estudia las enfermedades mentales, sus tipos, causas, cursos y tratamientos. Los psiquiatras, por lo tanto, son médicos, que después de licenciarse en medicina, se especializan en psiquiatría.

U ENFERMEDAD MENTAL: es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerando como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

U PSICOLOGÍA: es el estudio científico de la conducta y la experiencia, de cómo los seres humanos y los animales sienten, piensan, aprenden y conocen para adaptarse al medio que les rodea.

U ENTREVISTA PSICOLÓGICA: es una técnica, un instrumento clínico que servirá para revelar datos acerca del consultante. En este tipo de entrevistas se persiguen objetivos psicológicos para la investigación y también para el diagnóstico o considerando una futura terapia. La Entrevista Psicológica se constituye en uno de los procedimientos con los que se puede atender una consulta; en ella se intenta el estudio del comportamiento total del sujeto y la relación establecida con el psicólogo. La Entrevista Psicológica representa una herramienta de trabajo del Psicólogo irremplazable ya que corrobora, confronta información o la complementa. La regla básica de la Entrevista psicológica



	MACRO PROCESO: ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
	PROCESO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	VERSIÓN: V3
		CÓDIGO: GA-H-C-003
		PAGINA: 5 de 59

consiste en obtener datos completos del comportamiento total de una persona en el curso de la misma, tiene como fin crear un lazo empático con el usuario, mediante el cual se puede identificar la naturaleza, duración y gravedad de la problemática presente. Mediante esta herramienta se pretende indagar la historia personal y familiar del afectado, así mismo reconocer los motivos principales por los cuales se encuentra recibiendo los servicios de la unidad de salud mental, los aspectos precipitantes que desencadenan los síntomas y exploración de la calidad de vida.

U ENTREVISTA FAMILIAR: es la técnica que se utiliza para la comunicación con el grupo familiar en su conjunto para lograr un objetivo determinado por el grupo interdisciplinario. Los objetivos son obtener información de la familia, identificar potencialidades, riesgos y daños a la salud familiar y del usuario para finalmente realizar intervención.

U PSICOTERAPIA DE GRUPO: permite resolver directamente en el grupo, las transferencias múltiples, que experimentan todos los usuarios, y que pueden explorarse simultáneamente. La terapia de grupo tiene la facultad de exteriorizar inmediatamente las resistencias, ya que lo primero que se pide a los usuarios, es que expresen espontáneamente todos sus sentimientos. Así, la terapia de grupo permite, en primer lugar, que aparezcan comportamientos que, de otra forma, en las sesiones individuales nunca aparecerían; evidencia que las diferencias individuales de los miembros de un grupo puedan retroalimentarse mutuamente. En la actividad grupal se analiza la forma de comunicación que el sujeto utiliza en sus interacciones.

U INTERVENCIÓN INDIVIDUAL: Esta modalidad permite profundizar en la exploración psíquica e histórica del usuario, el poder de la terapia individual reside, en parte, en la capacidad del usuario para resolver transferencias, especialmente las negativas. Esta terapia es un terreno ideal para la integración intrapsíquica previamente negada, el objetivo de la psicoterapia individual es el desarrollo y el fortalecimiento psíquico. Se trata de un proceso que está enfocado, entre otras cosas, en ayudar a la persona a adquirir una mayor comprensión de sí misma y del entorno.

U TERAPIA DE FAMILIA: esta modalidad considera a la familia como usuario y al miembro enfermo como el síntoma por el que se acude a tratamiento. Los procesos de la dinámica familiar, la comunicación, roles, conductas. Las intervenciones pueden centrarse en el paciente, en la familia nuclear, en el cónyuge y en el tratamiento simultáneo multifamiliar y de redes sociales.

U PSICOEDUCACIÓN: consiste en un proceso a través del cual el individuo, la familia y la comunidad se informan, se convencen, se fortalecen y se educan acerca de diferentes temáticas que propendan al conocimiento de una situación específica, en este caso las diferentes enfermedades mentales, síntomas, causas, crisis, relaciones familiares entre otros y del rol que asume el Psicólogo en el proceso de rehabilitación dentro del ámbito hospitalario.

El objetivo general de la psicoeducación es suministrar información precisa acerca de la enfermedad que el paciente padece con el fin de tener mayor control de ésta y se acomode en gran medida al papel prescrito para él o ella por el Personal de Salud. Lo anterior permitirá reducir en los pacientes los niveles de ansiedad, estrés, temor, sufrimientos referentes a la enfermedad, hospitalizaciones continuas y crisis constantes. Desarrollando en el individuo hábitos y conductas de autocontrol dirigidas a la adquisición de compromiso frente al tratamiento y la identificación de la enfermedad.

U ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: es el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones terapéuticas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de la enfermedad. La Adherencia Terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Con relación a la utilización del método ideal se plantea que lo idóneo es combinar la entrevista directa al paciente, la valoración de los logros con el tratamiento y la asistencia a las citas programadas. Existen múltiples factores que influyen en la Adherencia Terapéutica que han sido clasificados de la siguiente manera:

- Los relacionados con la interacción del paciente con el profesional de la Salud.
- El Régimen Terapéutico:

Las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente, que se ven interferidos por el tratamiento.

La Intervención Psicológica brinda al paciente una alternativa para el manejo y la adaptación de los efectos adversos asociados al uso de medicamentos; siendo una opción terapéutica positiva que mejora la calidad de vida del paciente; en la Intervención Psicológica el entorno familiar y social son la base fundamental para el acompañamiento y seguimiento de la Adherencia al Tratamiento por parte del paciente.

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN		FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
	PROCESO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL		VERSIÓN: V3
			CÓDIGO: GA-H-C-003
			PAGINA: 7 de 59

6. CADENA CLIENTE PROVEEDOR

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
Usuario que requiere hospitalización en Salud Mental	• Urgencias • Observación adultos • Cirugía • Consulta Externa • Sala de partos • UCIS • Otros servicios hospitalarios	Requisitos generales para la asignación de cama: El paciente debe tener registrado en la historia clínica la orden de Hospitalización realizada por el médico especialista. Criterios médicos de ingreso: Diagnostico de psiquiatría que presente clínica de episodio agudo y que por estos síntomas requiera contención en Unidad Mental. La asignación de cama hospitalaria se deberá realizar de acuerdo al orden de prioridad según política de prestación de servicios. Ver manual de políticas institucionales código GD-SGI-M-002. Otros criterios para asignación de cama:	Ingreso del usuario a hospitalización	Registro de la cama asignada en el libro de ingresos Usuario traslado y ubicado en la cama del servicio hospitalario	Usuario y su familia Equipo Interdisciplinario de Salud del Servicio de Hospitalización	Cama asignada oportunamente de acuerdo al tiempo definido en el indicador (promedio de tiempo en asignación de cama). El traslado se debe realizar cumpliendo las condiciones de seguridad del paciente. Los documentos soportes de la historia clínica (no digitalizados en el INDIGO CRYSTAL deben ser adjuntados y traslados al servicio receptor). El Jefe del servicio receptor deberá realizar el traslado del paciente en el software INDIGO CRYSTAL.



ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		• Diagnóstico: Se debe incluir la necesidad de oxígeno, succión, o vacío, monitorización e incluso bombas de infusión, entre otros. • Necesidad de aislamiento. • Sexo. • Seguridad social. • Edad Criterios específicos para el ingreso al servicio: • Que los pacientes se encuentren hemodinámicamente estables. • Que el paciente no se encuentre en un estado de deterioro neurológico progresivo. • El registro del mapeo debe estar completo. (verificar que los dispositivos, sondas, drenes sean funcionales, accesos				

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		venosos sin signos de infección y permeables). • Que la historia clínica se encuentre completa: Consentimientos informados firmados conforme a las necesidades actuales del paciente, Interconsultas y procedimientos solicitados, Kardex de medicamentos e insumos actualizado, Que se haya administrado al paciente la última dosis de medicamentos (oportunamente). Toma de Electrocardiograma a todos los usuarios que se considere con riesgo de presentar evento cardiaco. Prueba de embarazo en mujeres en edad productiva y pruebas de toxicología en pacientes con dx presuntivo de farmacodependencia.				

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		Que el usuario tenga reporte de la prueba de detección de COVID 19. Requisitos para el traslado del usuario: La (el) enfermera(o) jefe del servicio de donde proviene el paciente deberá realizar los devolutivos de medicamentos e insumos que no han sido administrados al usuario y debe entregar el Kardex de medicamentos e insumos en cero. Si el paciente se traslada de urgencias, salas de cirugía, sala de partos u otros servicios a hospitalización, el camillero y/o Auxiliar de enfermería de los servicios en mención, deberán trasladar el paciente al servicio de hospitalización. Si el paciente se traslada				

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		de UCI adultos, obstétrica, neonatal y pediátrica al servicio hospitalario será el equipo interdisciplinario (Enfermera(o), auxiliar de enfermería, medico hospitalario, terapeuta y camillero) los responsables del traslado del paciente. Nota: Aquellos pacientes que su estado hemodinámico lo requiera el equipo interdisciplinario, que se menciona anteriormente será el responsable del traslado del paciente Lo anterior con el objetivo de propender por la seguridad en el traslado de los pacientes Requisitos para usuarios provenientes de Consulta externa: Si el paciente requiere hospitalización en la unidad de salud mental				

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		debe seguir lo siguientes pasos: 1. Solicitar disponibilidad en el área de hospitalización de unidad de salud mental, en caso de no tener disponibilidad de cama en la unidad Mental, solicite cama en observación urgencias. Con los siguientes documentos. ✓ Historia clínica y órdenes médicas completas. ✓ Si la condición del paciente amerita atención urgente, se debe abrir ingreso en admisiones de urgencias, para ser atendido directamente en urgencias, para su estabilización y posterior paso a				

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		✓ Hospitalización. Si solicita la hospitalización para la realización de un procedimiento, administración de un medicamento, preparación pre quirúrgica u hospitalizar para manejo medico intrahospitalario no considerado como urgencia vital, se realiza el ingreso, y se envía el anexo correspondiente de la Resolución 3047 de 2008 (Solicitud de autorización de la Entidad Responsable del Pago - ERP), explicando al paciente que aplicamos los tiempos de ley para que la entidad expida la autorización de servicios. Transcurrido este tiempo o ante la finalización de la				

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		jornada laboral se indicará al usuario, que debe dirigirse a su EPS para solicitar la autorización respectiva. ✓ Usuario con autorización de servicios y admisión administrativa. ✓ Usuario con manilla de identificación y si se le ha identificado un riesgo debe tener la manilla correspondiente según lo establecido en el programa de seguridad del paciente.				
Registro de la cama asignada en el libro de ingresos Usuario traslado y ubicado en la cama del servicio hospitalario	• Usuario	• Colocar la fecha determinando día, mes, año y hora de ingreso. • El usuario debe ser registrado en la minuta de entrada y salida de productos y reconocidos por el Guarda de seguridad de turno, al igual que por el vigilante en cámaras para	Ingreso de pacientes y acompañantes del Servicio de Salud Mental	Usuario registrado en la minuta de Guarda de seguridad. Usuario ingresado en el servicio	• Usuario • Personal del servicio. • Personal de Guarda de seguridad	• Usuario registrado correcta y oportunamente. • Debidamente informado para continuar su proceso de atención. • Usuario registrado en la minuta.

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		seguimiento, con el fin de evitar posibles "Fugas" • Acompañante (dependiendo del estado clínico y de la edad del usuario). • Que el familiar y/o acompañante no se encuentren embriagados o bajo el efecto de sustancias psicoactivas. • Que los familiares y/o acompañantes no porten armas de fuego, contundentes o cortopunzantes. • Control de acceso a personas, mercancías y vehículos. • Control de acceso a los acompañantes en la visita no ingresar ningún tipo de material cortopunzante o de metal y de los alimentos para los pacientes.				
Registro de la cama asignada en el libro de ingresos	• Equipo de enfermería • Camillero	Que el personal de enfermería del servicio realice el traslado en el software para dar	Atención en hospitalización de Salud Mental	Evolución del médico esp. tratante	Usuario y su familia Médico	La evolución y nota del médico hospitalario, médico esp. Tratante y

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
Usuario traslado y ubicado en la cama del servicio hospitalario		continuidad en el manejo establecido desde el servicio de origen. Que se dé continuidad al proceso y ordenes medicas emitidas por el medico hospitalario, especialidad tratante e interconsultante. El personal auxiliar de enfermería debe hacer registro en el libro de ingresos y egresos de todos los pacientes que ingresan al servicio. El paciente debe encontrarse en condiciones de higiene adecuadas para la valoración. Las notas de enfermería deben ser oportunas y coherentes de acuerdo a las necesidades y cuidados del paciente, garantizando información completa y veraz.		Evolución de medico hospitalario, según necesidad. Nota de enfermería Nota de otras interconsultas (psicología, trabajo social, entre otros)	especialista interconsultante Jefe de enfermería Auxiliares de enfermería	enfermería debe realizarse oportunamente. En caso de presentarse una novedad, el médico general realizara la valoración pertinente y registrara en la nota de ingreso la necesidad de interconsulta otra especialidad.

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		El (la) jefe de enfermería debe Informar los cambios clínicos del paciente ocurridos durante los turnos anteriores a la última valoración. El equipo interdisciplinario (Médico Especialista, equipo psicosocial (psicóloga y Trabajadora Social) y de terapia ocupacional deben comunicarse de forma continua para su intervención cada uno de ellos deben estar acompañados y cercanos al personal de enfermería" enfermero(a) Jefe y auxiliar de enfermería por el manejo de los usuarios. El jefe (la) de enfermería debe hacer seguimiento y verificación de los procedimientos pendientes, hasta garantizar su cumplimiento.				

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
Evolución del médico esp. tratante Evolución de medico hospitalario, según necesidad. Nota de enfermería	Equipo Interdisciplinario de Salud del Servicio de Hospitalización	Interconsulta realizada ante una eventualidad: En caso de presentarse una novedad el médico hospitalario u especialista realizará la valoración pertinente y registrará en la HCL la necesidad de interconsulta una especialidad. Interconsulta realizada en revista diurna (ordinaria): Solicitud de interconsulta realizada por el especialista durante la revista diurna para manejo interdisciplinario. El médico y/o la especialidad que requieran interconsulta deben cargar la orden por el software institucional. La especialidad responsable de la	Interconsulta por otras Especialidades u Otras Disciplinas en el Servicio de hospitalización	Evolución de interconsulta registrada en la HCL	• Usuario y su familia. • Médico esp. Tratante. • Medico hospitalario. • Equipo de enfermería.	Paciente informado y con conducta definida por parte del interconsultante. La respuesta de interconsulta debe contener el registro en la HCL y si aplica órdenes medicas específicas con los correspondientes formatos institucionales y de ley (NO POS y MIPRES). Si se requiere un procedimiento, ayuda diagnostica u examen, el especialista debe garantizar la orden médica. Si se requiere consentimiento informado, este debe quedar consignado en la historia clínica.

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		interconsulta debe revisar y visar en el aplicativo (software institucional) y responder oportunamente. La (el) jefe de enfermería del servicio deberá hacer seguimiento a la oportunidad de la interconsulta.				
Orden de salida por parte de las especialidades tratantes	Médico especialista tratante	Nota del Médico tratante con conducta definida del traslado de servicio, casa, institución o morgue debidamente diligenciada en la HC. Orden de salida por todas las especialidades tratantes de manera oportuna. Las interconsultas, exámenes, incapacidades (si aplica) deben estar cargadas al software institucional de manera extramural.	Egreso de pacientes	Paciente egresado del servicio de hospitalización Boleta de salida Epicrisis y soportes de salida	• Usuario y su familia. • Otros servicios. • Otras instituciones • EPS, fiscalía, centros reclusorios. • Morgue. • Facturador	La boleta de salida debe estar aprobada por el médico especialista tratante. Se debe educar al paciente y a su familia sobre sus cuidados, signos de alarma, tratamiento y plan de egreso. Se debe entregar la documentación completa al paciente (epicrisis, interconsultas, NO POS, exámenes, incapacidades entre

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		Valoración clínica del paciente por profesional de enfermería y nota de egreso por auxiliar de enfermería.				otros). Ambulatorio: • Epicrisis, HC completamente diligenciada, plan de egreso definido, fórmula debidamente explicada. • Paciente debidamente informado sobre el plan de tratamiento y cuidados en casa. • Incapacidad según aplique. • Certificado de nacido vivo si aplica. • Licencia de maternidad si aplica. Remisión: • Anexo 9 referencia ó 10 contrarreferencia o epicrisis según resolución 4331 de 2012 completamente diligenciado. • Reporte de laboratorios y/o ayudas diagnósticas. • Traslado de paciente

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
						según manual de referencia y contrarreferencia. Otro servicio: • Orden de hospitalización y/o interconsulta a UCIs registrada en la historia clínica. • Al momento del traslado del usuario, verificar que la autorización de los procedimientos que no se realizan en la institución, se encuentren en la historia clínica física. • Tratamiento iniciado. • Traslado de paciente según procedimiento de descrito en el manual de enfermería. Morgue: • Registro del Certificado de defunción RUAF y documento físico debidamente

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
						diligenciado. • Traslado de paciente según procedimiento de descrito en el manual de enfermería, atención de enfermería en el arreglo y egreso del cadáver. • En caso de muerte violenta (accidentes de tránsito, heridos por armas de fuego o corto punzantes, suicidios, quemados, sospecha de maltrato de género o infantil, paciente en custodia (hogar geriátrico, cárcel, ICBF, hogar geriátrico, Centro de Rehabilitación de menores, realizar el llamado al ente judicial de turno (policía de turno). • En caso de muerte de pacientes con patologías de interés en salud publica informar al familiar la obligatoriedad en la

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
						realización de necropsia o visceretomía e informar al servicio de epidemiología. El médico tratante de hacer entrega del certificado de defunción.
Paciente egresado del servicio de hospitalización Boleta de salida Epicrisis y soportes de salida	Médico esp. Tratante Jefe de enfermería Otras unidades	Urgencias y Hospitalización: - Alta por parte del médico tratante. - Historia clínica debidamente diligenciada. <u>Soportes en físico</u> que no se encuentren en el sistema, y que se deban diligenciar de manera manual, debidamente diligenciados en su totalidad, como lo rige la normatividad vigente. (sello, firmas, cantidades, fechas, sin tachones, ni abreviaturas no	Facturación	Pre Factura. Factura Boleta de facturación	- Usuario y su familia. - Auxiliar de Tesorería. - Auditor de cuentas médicas. - Auditor médico. - Archivo clínico. - Clientes corporativos - IPS. - Administración del Hospital.	Pre Factura del usuario liquidada y soportada. Factura del usuario liquidada y soportada.

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		autorizadas): ✓ Hoja de registro aplicación de medicamentos. ✓ Juntas medico quirúrgicas. ✓ Servicios de ambulancia. ✓ Telemetrías. ✓ Potenciales evocados. ✓ Electromiografías. ✓ Banco de sangre. ✓ Endoscopias. ✓ Ecografías – Monitorias, que se toman en los servicios directos y no en radiología. ✓ Nutrición parenteral. ✓ Cardiología No Invasiva. • En la unidad Cardiovascular: Todos los soportes que se generan en esta unidad, por no estar sistematizados. • En la unidad Renal: Todos los soportes				

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		que se generan en esta unidad, por no estar sistematizados. • Que la dispensación, aplicación, registro y devolutivos de medicamentos e insumos concuerden con lo registrado en la historia clínica, en el aplicativo y tirillas de devolución. • Soportes de la red externa como: resultados de laboratorios, imagenología, facturas de venta de casas comerciales (material de osteosíntesis), soportes de las remisiones, facturas de los servicios prestados en otras IPS, entre otros. • Cargue de los resultados de laboratorio,				

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		patologías, imagenología oportunamente.				
Pre Factura. Factura	Facturador	<u>De acuerdo al medio de pago debe presentar:</u> Si el pago es en efectivo: Dinero en pesos. Si el pago es con tarjeta de crédito: Tarjeta crédito y cédula de ciudadanía del titular. Si el pago es con tarjeta débito: Tarjeta débito. Si el pago es con cheque: Cheque con el visto bueno de subgerente financiero.	Recaudo monetario por caja	Recibo de caja firmado con su respectivo sello	Usuario y su familia Jefe de enfermería del servicio	Recibos de caja con N° consecutivo firmado por el auxiliar de caja y con su respectivo sello.
Boleta de salida	Auxiliar de Tesorería. Enfermera (o) jefe	La boleta de salida debe contener el sello de caja y firma del (la) jefe del servicio (nombre, apellidos y firma).	Egreso de pacientes y acompañantes del Servicio de Hospitalización	Usuario con egreso del servicio	Usuario y su familia	Usuario atendido bajo condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad,

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN		FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
	PROCESO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL		VERSIÓN: V3
			CÓDIGO: GA-H-C-003
			PAGINA: 27 de 59

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
						humanización, eficiencia y eficacia.

7. ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO CON METODOLOGÍA 5W1H

N°	WHAT QUÉ	WHO QUIÉN	WHEN CUÁNDO	HOW CÓMO	WHERE DÓNDE	WHY POR QUÉ
1.	Ingreso del usuario a hospitalización	Equipo de enfermería / Camillero	De acuerdo a la disponibilidad de camas del servicio y el cumplimiento de criterios del mismo.	De acuerdo al procedimiento GA-H-P-003-001	Servicio hospitalario Salud Mental	Dar continuidad a la atención de los usuarios independiente del servicio por el que ingrese.
2.	Ingreso del Paciente y acompañante	Guardia de Seguridad	Una vez el usuario es ingresado al sistema. Registro de usuarios en la minuta de seguridad (fecha, hora, nombre y origen).	De acuerdo al procedimiento GA-H-P-003-002	En la portería del servicio de la unidad de salud mental.	Para garantizar la seguridad personal de usuarios, clientes internos y la salvaguarda de los activos fijo del servicio. Para establecer un control de usuarios que ingresan a la institución.
3.	Atención en hospitalización	Medico hospitalario / Medico Esp. Tratante / Equipo de enfermería	Posterior al ingreso del paciente al servicio.	De acuerdo al procedimiento GA-H-P-003-003	Servicio hospitalario	Para valorar la evolución clínica del usuario, confirmar diagnósticos, brindar los cuidados necesarios y determinar la conducta a seguir.



N°	WHAT QUÉ	WHO QUIÉN	WHEN CUÁNDO	HOW CÓMO	WHERE DÓNDE	WHY POR QUÉ
4.	Interconsulta por otras Especialidades u Otras Disciplinas en el Servicio de hospitalización	Médico especialista u otras especialidades	De acuerdo a la condición, si es de urgencia o por interdisciplinaridad.	De acuerdo al procedimiento GA-H-P-001-003	Servicio hospitalario	Para garantizar una atención integral al usuario y de acuerdo con sus requerimientos clínicos, sociales, espirituales y emocionales establecidos en el modelo de atención y en las guías de práctica clínica.
5.	Egreso de pacientes	Medico Esp. Tratante y Jefe de enfermería	Una se genere la orden médica de egreso.	De acuerdo al procedimiento GA-H-P-003-004	Servicio hospitalario	Para finalizar la atención del usuario en el servicio de hospitalización y continuar con su plan de cuidados en otro servicio, en otra institución o en forma ambulatoria.
6.	Facturación	Auxiliar administrativo facturación	Una vez se entregue la historia clínica y boleta de salida al facturador del servicio	De acuerdo al procedimiento GF-FAC-P-001-004	Oficina de facturación del servicio hospitalario	Facturar de manera eficiente y eficaz, los servicios prestados por la institución y que sean facturables desde el punto de vista legal y contractual, generando una factura que cumpla con todos los requisitos legales y contractuales para que sea radicada oportunamente en los

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN		FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
	PROCESO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL		VERSIÓN: V3
			CÓDIGO: GA-H-C-003
			PAGINA: 29 de 59

N°	WHAT QUÉ	WHO QUIÉN	WHEN CUÁNDO	HOW CÓMO	WHERE DÓNDE	WHY POR QUÉ
						tiempos establecidos, a las diferentes entidades responsables del pago.
7.	Recaudo monetario por caja	Auxiliar Administrativo de caja	Una vez el usuario o acompañante requiera realizar el pago por prestación de servicios.	De acuerdo con el procedimiento GF-T-P-002-001	Caja de consulta externa y urgencias.	Con el fin de garantizar el recaudo eficaz de los dineros que ingresan a la E.S.E HUHMP por la prestación de servicios médicos y hospitalarios, otras entidades u otros conceptos.
8.	Egreso de pacientes y acompañantes del Servicio de Hospitalización	Guarda de Seguridad	Una vez el usuario presente la boleta de salida con sello de caja y firma del (la) jefe del servicio.	De acuerdo al procedimiento GA-H-P-003-005	Puesta de control (egreso de la ESE)	Garantizar la seguridad personal de usuarios, clientes internos y salvaguardar los activos fijos del servicio.

8. ADVERTENCIAS GENERALES

-  Recuerde dirigirse a los funcionarios amablemente y con actitud de servicio aplicando el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia y el manual de atención al usuario para promover el trato humanizado dentro de la institución.
-  Recuerde siempre presentarse ante el paciente y acompañantes con nombre, apellido y cargo y adopte una actitud de servicio.

- U Recuerde que usted hace parte de la imagen de la institución por lo tanto siempre debe adoptar una actitud de servicio y amabilidad y brindar un trato digno, amable y cortés al usuario que está atendiendo, tenga en cuenta que lo anterior hace parte de los derechos del usuario y por lo tanto hay que respetarlos.
- U Tenga presente las normas de cortesía como: saludar, pedir el favor, agradecer, mirar a los ojos al usuario, durante cualquier contacto con el paciente o sus acompañantes.
- U Recuerde en todo momento atender a los pacientes y acompañantes, respetando su dignidad y privacidad.
- U Tenga presente aplicar los criterios de priorización para la asignación de camas en los servicios hospitalarios, en especial para los grupos de interés como gestantes, ancianos y discapacitados entre otros.
- U Recuerde revisar el usuario a su ingreso: físicamente Solicite, entrega de cigarrillos, sustancia Psicoactivas, fósforos y objetos cortopunzantes y prohibido uso de celular durante su permanencia.
- U Cuando sea necesario en la atención del paciente, utilice los elementos de protección personal y tenga en cuenta las medidas de bioseguridad.
- U Recuerde que todo usuario que ingresa a la Unidad de Salud Mental no debe ingresar correas, objetos corto punzantes, celulares, joyas, mecheras, medicamentos ni sustancias que puedan alterar el grado de salud.
- U Recuerde que los días de visitas son los días lunes, martes, miércoles, sábado y domingo de 2: 00 pm a 4:00 Pm. Solicitar de manera adecuada el porte de buena presentación personal.
- U No olvide informar sobre continuidad de tratamiento e informar.
- U Solicitar de manera adecuada el porte de buena presentación personal.
- U Tenga en cuenta que los usuarios traídos por el INPEC y/o orden judicial se admiten, y deben ser custodiados por este tipo de identidades durante su estancia.
- U No olvide que debe prestar especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de usuarios menores de edad, discapacitados mentales o en estado de inconsciencia; por lo que la información de todo tipo (Derechos y Deberes - DyD, clínica, administrativa y demás) debe dársele a una persona responsable.
- U Aplicar los correctos para la administración de medicamentos, verificando su toma e informando.
- U Informar si se presenta signos cambios en el comportamiento físico y mental del usuario.
- U Solicitar de manera adecuada el porte de buena presentación personal.

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
	PROCESO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	VERSIÓN: V3
		CÓDIGO: GA-H-C-003
		PAGINA: 31 de 59

- U No olvide informar sobre continuidad de tratamiento e informar.
- U Recuerde que de una atención oportuna, segura, humanizada y continua depende una buena atención.
- U Insista al paciente y sus acompañantes sobre la importancia de cuidar sus pertenencias durante la estancia en la institución.
- U No olvide reforzar en los adultos que acompañan a menores, el cuidado de los mismos para evitar posibles robos.
- U Durante la atención, oriente al paciente y acompañantes sobre manejo de residuos y comportamiento en caso de emergencias y motívelo a ampliar la información en los canales disponibles propios de la institución.
- U Si el paciente requiere algún tipo de aislamiento durante la estancia en el servicio, bríndele la mayor comodidad posible para lograr el cumplimiento de este procedimiento, sin vulnerar su dignidad.
- U Tenga presente que debe verificar la identificación del paciente durante toda la atención (nombre y apellidos completos y documento de identificación), especialmente en los momentos más críticos como por ejemplo al momento de administrar un medicamento, al realizar un procedimiento, al trasladar a un usuario hacia otro servicio y en fin en todos los momentos críticos; para lo cual debe tomar como referente la manilla y la información consignada en la cabecera de la cama, historia clínica y demás mecanismos de identificación.
- U Brinde instrucciones claras, precisas y comprensibles al paciente, de acuerdo con su nivel socio cultural y nivel de escolaridad, teniendo en cuenta su estado emocional y su nivel de educación, sobre aspectos tales como: su condición de salud, riesgos y complicaciones del procedimientos médicos y quirúrgicos; recuerde que hace parte de un derecho del usuario.
- U Esté atento a identificar factores de riesgo, así como signos y síntomas de maltrato o de violencia sexual, infantil o a la mujer, y en caso afirmativo informe la situación o remítase a la guía establecida por la Institución para saber qué hacer.
- U Cuando sea necesario en la atención del paciente, utilice los elementos de protección personal y tenga en cuenta las medidas de bioseguridad.
- U Tenga presente aplicar las barreras de seguridad del paciente, establecidas por el hospital durante la estadía del paciente en la institución, tales como:
 - U Realizar una adecuada valoración del riesgo, aplicando las escalas de Braden y Downton.
 - U Cambiar los equipos de líquidos endovenosos, según protocolo Institucional.
 - U Revisar en cada administración de medicamentos los sitios de venopunción.
 - U Valorar el estado de la piel para detectar zonas de presión o úlceras por decúbito, consignarlo en la HC y tomar las medidas pertinentes de acuerdo al protocolo.



- U Realizar los cambios de posición, de acuerdo con lo establecido en el reloj definido para tal fin.
- U Involucrar al paciente y a la familia en su plan terapéutico y asegurarse que haya comprendido la información suministrada.
- U Las bolsas recolectoras de fluidos (orina, sangre, líquido pleural, etc) no deben estar en el piso.
- U Ordenar la terapia tromboembólica, respiratoria, física, del lenguaje, ocupacional, rehabilitación cardíaca y pulmonar al paciente que lo requiera.
- U Aplicar los correctos para la administración de medicamentos y el protocolo de administración de medicamentos para evitar eventos adversos relacionados con su aplicación; así como informar al paciente sobre los riesgos y signos de alarma.
- U Tenga en cuenta que los usuarios con trastorno mental con dispositivos médicos se debe tomar medida de contención mecánica y de aislamiento como medida de seguridad institucional.
- U Aplicar los correctos para la administración de Hemoderivados, así como informar al paciente sobre los riesgos y signos de alarma; y realizar la verificación cruzada entre el médico y la enfermera.
- U Identificar los signos predictivos de deterioro del estado del paciente, e informar oportunamente al médico del servicio.
- U Identificar el uso de medicamentos de manera habitual por los pacientes (reconciliación medicamentosa) y que deban ser administrados durante su estancia en el servicio como parte del tratamiento, por lo tanto, usted debe verificar que se encuentran ordenados para continuar con su administración.
- U Recuerde que si llega a detectar en el paciente secreción purulenta, absceso o celulitis difusa en sitio de intervención quirúrgica; o fiebre, ardor o molestia para orinar, acompañado de dolor en hipogastrio; o tos, esputo purulento, RX de tórax infiltrado que sugiere infección; o inflamación, edema, calor rubor o secreción purulenta en sitio de inserción del catéter, fiebre o escalofrío; sospeche que está en presencia de un caso de infección intrahospitalaria el cual debe informarlo al médico tratante y al responsable de infectología y reportarlo como un suceso de seguridad para descartar un evento adverso.
- U Recuerde que en caso de identificar que la atención solicitada es producto de un evento adverso ocurrido en el hospital o en otra institución o se trata de un Reingreso por la misma causa antes de 15 días debe reportarlo a la Oficina de calidad.
- U Tenga presente que está prohibido aplicar medicamentos o realizar procedimientos que no estén ordenados por escrito en la historia clínica, salvo durante un código azul o código rojo.
- U No olvide registrar en la historia clínica todos los procedimientos realizados, tratamientos aplicados, valoraciones realizadas y diligencias todos los registros establecidos para el paciente.

-  Recuerde la importancia de una comunicación asertiva entre los integrantes del equipo de salud.
-  No olvide registrar siempre en la historia clínica y en el formato los posibles eventos de seguridad identificadas durante la atención, y reportarlo a través de los canales establecidos.
-  Recuerde siempre aplicar los respectivos protocolos y guías.
-  Garantice la privacidad y la cadena de custodia de la HC y los registros asistenciales.
-  Cuando sea necesario, oriente a pacientes y acompañantes que requieran apoyo emocional o espiritual según lo descrito en los documentos establecidos por la institución.
-  Tenga en cuenta que en caso de negarse un proceso de atención que sea prestado por la institución debe diligenciar el reporte de no aceptación de servicios.
-  Recuerde que, por respeto al paciente o sus acompañantes en caso de demoras en la atención, se deben presentar disculpas.
-  Asegúrese de depositar en la bolsa roja todos los elementos contaminados que hayan estado en contacto con el usuario y elementos cortopunzantes en el guardián; tenga en cuenta los lineamientos establecidos en el manual de gestión residuos hospitalarios.
-  En caso de presentarse inconvenientes, inquietudes o que el usuario no se encuentre a gusto con el proceso de atención; recuerde que debe orientarlo para que pueda presentar una queja, petición ó sugerencia, e informarle que su opinión es muy importante para la Institución.
-  Recuerde que, en caso de enviar un equipo biomédico, de sistemas o mobiliario a mantenimiento, debe realizar previa limpieza o desinfección a fin de garantizar que el mantenimiento preventivo o correctivo pueda realizarse sin generar riesgos para el personal que los realiza.
-  Recuerde que la Institución cuenta con acompañamiento social y con apoyo emocional y espiritual para los pacientes y familiares que lo requieran.
-  Tenga en cuenta que si el paciente tiene diagnóstico de antecedente por psiquiatría y además se encuentra estable y no presenta síntomas agudos como la reactivación de su psicosis no amerita manejo en unidad de Agudos “Unidad Mental” recomendando que se le de continuidad a su tratamiento.

DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO

CÓDIGO	GA-H-P-003-001	
NOMBRE	Ingreso del usuario a hospitalización	
RESPONSABLE OPERACIONAL	Enfermera(o) jefe /Camillero/ Auxiliar de enfermería y/o médico hospitalario (Aplica para usuarios procedentes de unidades especiales)	
OBJETIVO	Garantizar el ingreso del usuario al servicio de hospitalización, dando continuidad a la atención independiente del servicio por el que ingrese.	
RECURSOS NECESARIOS	Teléfono, equipo de cómputo, camilla, silla de ruedas, historia clínica sistematizada, soportes físicos de HCl, folleto de información, libro de ingresos y egresos,	
REGISTROS GENERADOS	Libro de ingresos y egresos	
ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS	1. Recuerde que se debe registrar en el libro del servicio el motivo de la no asignación o no traslado de paciente, en los casos que se presente dicha situación. 2. Tenga en cuenta lo establecido en el programa de seguridad del paciente para la identificación y notificación de los riesgos en los usuarios. 3. Tenga en cuenta la estrategia de identificación segura para la verificación de los datos de identificación del usuario (manillas de identificación, tablero general e individual, participación activa e identificación redundante) 4. No olvide aplicar el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia. 5. Recuerde aplicar el mapeo para la identificación de las condiciones de ingreso del paciente 6. No olvide reportar a la oficina de calidad los sucesos de seguridad identificados en el ingreso del paciente 7. Tenga en cuenta que los pacientes no ingresen ningún tipo de material cortopunzantes ni cualquier otra cosa que se considere de riesgo. 8. Tenga en cuenta educar al usuario y/o acompañante sobre las normas internas del servicio 9. Recuerde que todo usuario hospitalizado se debe verificar en la historia clínica que el consentimiento informado se halla diligenciado completamente y si es el caso que este no se encuentre, aplicarlo. 10. Todo paciente menor de edad (menor a 18 años) y/o adulto mayor (60 años) en adelante debe estar acompañado en su estancia de una persona adulta y responsable.	
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1.	Asignación de cama	<u>Enfermera (o) Jefe</u> 1. Atienda la llamada de las diferentes unidades funcionales, verifique la disponibilidad de camas en el servicio y deje

		registro escrito del nombre del paciente, diagnostico, fecha y hora de solicitud de la cama, jefe que solicita la cama y condiciones especiales del paciente según el manual de procedimientos de enfermería - De acuerdo con la disponibilidad, asigne la cama según los criterios de ingreso al servicio, teniendo en cuenta solitudes previas y orden de prioridad según política de prestación de servicios. - Para el ingreso al servicio de hospitalización se debe verificar que tengan la valoración del médico especialista y previa valoración de los reportes (Rx de Tórax, prueba de COVID 19), y la orden de hospitalización especificando que sea en la Unidad de Salud Mental.
2.	Traslado del paciente	Se realiza de acuerdo con el manual de procedimientos de enfermería de la institución. Unidad de Cuidado Intensivo: El médico hospitalario, profesional de enfermería, auxiliar de enfermería y terapeuta respiratoria (en casos especiales) se desplazan hasta la Unidad de Cuidado Intensivo para recibir el usuario, observando las condiciones del usuario, el personal de enfermería debe revisar integridad de la piel, estado y fijación de la venopunción o catéter venosos central o catéter de inserción periférica, estado y fijación del tubo a tórax, fijación y estado de sondas, entre otras. El médico hospitalario y el profesional de enfermería deben realizar la nota de ingreso al servicio. Quirófanos y Recuperación: El auxiliar de enfermería en compañía del camillero se desplaza hasta recuperación y trasladan al usuario hasta la unidad funcional que se le asignó. El médico hospitalario según condiciones del paciente, la enfermera (o) jefe y auxiliar de enfermería realizan el ingreso del usuario. Urgencias, Observación, Sala de Partos y otros servicios: La Auxiliar de enfermería con la colaboración del camillero trasladan al usuario hasta la unidad funcional asignada, se hace entrega del paciente con su respectivo soporte de HCl a la jefe y la auxiliar de enfermería.
3.	Instalación del paciente en el servicio hospitalario	Solo aplica para equipo de Enfermería - Realice la identificación segura para la verificación de los datos de identificación del usuario (manillas de identificación, tablero general e individual, participación activa e identificación redundante). - Reciba el usuario que ingresa al servicio de Hospitalización, preséntese como el / la enfermera (o) jefe a cargo y presente a su equipo de auxiliares que estará a cargo de la atención; y demuestre su intención de servicio, aplicando protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia. - Diligencie el libro de ingreso y en los tableros de identificación (general e individual) los datos del paciente. - Verifique que al ingreso se cumpla con los requisitos administrativos (consentimiento informado, autorizaciones, remisiones y otros procedimientos que requieran soporte documental). - Ubíquelo al paciente en la unidad hospitalaria, y asegúrese de aplicar las medidas de seguridad como: barandas arriba, freno de la cama, entre otros.

6. Verifique la existencia y actualice el formato de mapeo de pacientes que ingresan al servicio respectivo y realice la anotación de los hallazgos en la historia clínica.
7. Proceda a hacer la identificación de los riesgos de alergia, fuga, Flebitis, caídas, Úlceras Por Presión- UPP aplicando las respectivas escalas (Braden, Downton) y las barreras de seguridad, según lo definido en el Programa de Seguridad del Paciente.
8. Informe al paciente y a los acompañantes sobre los riesgos identificados y la importancia de que se cumpla con las barreras de seguridad establecidas desde el programa de seguridad del paciente
9. Realice una valoración inicial y completa céfalo caudal haciendo énfasis en el estado de la piel del paciente, de acuerdo con lo establecido en el manual de procedimientos de Enfermería, con el propósito de detectar zonas de presión o úlceras por presión y registre los hallazgos en la HCl; en caso de encontrarse cualquier hallazgo relacionado con un suceso de seguridad, notifique a la oficina de calidad.
10. Póngalo al tanto de todo el funcionamiento del servicio, es decir explíquelo de forma clara y sencilla las normas y la ubicación del servicio e infórmele sobre manejo de pertenencias, indáguele que tanto sabe sobre derechos y deberes, autocuidado, conocimiento de su patología y demás aspectos relevantes para él; así mismo, relaciónelo con los demás pacientes y acompañantes, al igual que sobre las normas y/o barreras de seguridad que él debe saber para evitar la ocurrencia de sucesos de seguridad; todo lo anterior basado en el Protocolo de Bienvenida del Usuario al servicio de hospitalización.
11. Identifique e indague con el usuario si cuenta con elementos de valor (joyas, relojes, celulares o plata), en caso afirmativo pídale a él que los entregue al familiar o acompañante, en caso de no cumplirse lo anterior, solicitar al usuario que haga entrega de sus pertenencias para que el personal de enfermería haga custodia de ellas hasta entregarlas a un familiar o acudiente responsable o al mismo paciente el día de su egreso. Solo en caso que el usuario se encuentre en condiciones de vulnerabilidad, aplique el protocolo para manejo de pertenencias del usuario.
12. Infórmelo sobre los programas sociales, espirituales y emocionales con que cuenta la institución.
13. Asegúrese que comprendió la información suministrada.
14. Realice el registro en la historia clínica.

DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO

CÓDIGO

GA-H-P-003-002

NOMBRE

Ingreso al Servicio de Salud Mental

RESPONSABLE OPERACIONAL	Guarda de seguridad	
OBJETIVO	Garantizar la seguridad personal de usuarios, clientes internos y salvaguardar los activos fijos del servicio	
RECURSOS NECESARIOS	Dotación personal, escarapelas para acompañantes, Garrett, minuta de ingreso y egreso de pacientes	
REGISTROS GENERADOS	Minuta de ingreso	
ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS	• Recuerde que se debe ayudar al ingreso de los usuarios que lo requieran. • No olvide que se debe hacer el control de armas de fuego y cortopunzantes. • Recuerde controlar el ingreso y egreso de personas, respetando en todo momento la dignidad humana de los pacientes. • Tenga presente que en caso de pacientes difíciles debe adoptar una actitud de conciliación y en caso que el paciente o acompañante se torne muy agresivo debe dar aviso al policía del cuadrante. • Recuerde que su trabajo es muy importante para la seguridad del servicio y de las personas que permanecen ahí, por lo tanto, no debe ausentarse de su sitio de trabajo y si es totalmente necesario debe dejar un recomendado. Esté atento a identificar y colaborar con la resolución de las necesidades de los usuarios y acompañantes	
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCION
1.	Registro de pacientes y acompañantes	<u>Ingreso</u> 1. Salude al paciente y acompañante si aplica. 2. Solicítele el documento de identificación según el tipo de usuario. 3. Registre el paciente en la Minuta de ingreso a la Unidad de Salud Mental, diligenciando completamente los datos solicitados, debe colocar la fecha: día, mes, año y hora (DD/MM/AAAA/HR). Asegúrese que los datos hayan quedado correcta y completamente registrados.
2.	Realizar el control de ingreso de pacientes y acompañantes	4. Pídale al usuario su colaboración para el proceso de requisa. 5. Pregúntele si porta algún tipo de arma (de fuego, corto punzante u otra), en caso positivo solicite que la entregue para poder ingresar al servicio, entréguela al Policía de turno para que la deje en Custodia en el sitio establecido para tal fin y registre la información solicitada en el formato establecido o en la minuta. 6. Realice la inspección de rutina de acuerdo con lo establecido en el Manual de Vigilancia y Seguridad adoptado por el Hospital para el ingreso y egreso de personas y de elementos.
3.	Información y orientación al usuario.	7. Infórmele al usuario o su acompañante sobre el sitio de su atención y coménteles rápidamente sobre las normas del servicio.

	DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO
CÓDIGO	GA-H-P-003-003
NOMBRE	Atención en Hospitalización de Salud Mental
RESPONSABLE OPERACIONAL	Equipo Interdisciplinario de Salud del Servicio de Salud Mental.
OBJETIVO	Definir un plan de manejo según su diagnóstico para brindarle continuidad a la atención integral, que contribuya al bienestar de su salud mental y física.
RECURSOS NECESARIOS	Físico: Historia clínica digitalizada Tecnológicos: Equipo de cómputo y software implementado por la institución. Humanos: Médico especialista, Enfermera jefe, Auxiliar de enfermería, terapeutas ocupacionales, trabajadora social, psicóloga.
REGISTROS GENERADOS	Evolución detallada del usuario donde interviene cada una de sus disciplinas.
ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS	- No olvide que a todo paciente se le debe diligenciar historia clínica y que está prohibido las ordenes verbales, exceptuando en código rojo y/o azul. - Para todo el equipo de salud: Recuerde que durante la atención al paciente debe adherirse a los guías de práctica clínica, modelo de atención, procesos, procedimientos, instructivos, protocolos de enfermería según aplique. - Recuerde aplicar la estrategia de identificación segura (manillas, tablero, participación activa e identificación redundante) antes de intervenir o realizar cualquier procedimiento al paciente. - Recuerde que por seguridad y humanización de los servicios se debe llamar al usuario por sus nombres y apellidos completos, nunca por su número de cama o diagnóstico. - Realice reconciliación medicamentos con el fin de dar continuidad al tratamiento farmacológico e identificar interacciones, reacciones, alergias, entre otros. - Siempre que un paciente tenga la manilla de color amarilla, se debe indagar por el tipo de alergia y garantizar que lo que se vaya a administrar (medicamentos y/o alimentos), o uso de dispositivos e insumos médicos como el esparadrapo no contengan el alérgeno - Recuerde que para las ayudas diagnosticas o terapéuticas que requieran autorización especial, se debe entregar al auxiliar administrativo para el respectivo tramite, dejando evidencia de la gestión (firma del recibido). - El médico y/o la especialidad que requiera interconsulta deben cargar la orden por el software y/o aplicativo

institucional.

- Recuerde que las subespecialidades son Interconsultantes y no asumirán funciones de especialidades tratantes, por lo tanto, la especialidad de base debe valorar el paciente todos los días hasta el momento de su egreso.
- Recuerde que las especialidades Interconsultantes valoraran el usuario hasta en el momento del cierre de su interconsulta.
- Por su seguridad en el manejo de la información, no suministre su clave del software institucional a otros profesionales, la evolución y registro es responsabilidad del profesional de la salud del que firma.
- Las evoluciones de los pacientes deben tener una previa valoración presencial, realizando valoración por sistemas, haciendo énfasis en el diagnostico principal, identificando otras posibles alteraciones.
- En los pacientes post quirúrgicos, serán los profesionales de las especialidades quirúrgicas quienes realicen la valoración de la herida quirúrgica y con base en los hallazgos se defina la conducta a seguir (curaciones, retiro de puntos y cuidados en general)
- Recuerde que el diligenciamiento de los formatos NO POS y MIPRES, son responsabilidad del medico especialista que emite la orden y debe garantizar que este correctamente diligenciado.
- Tenga en cuenta que para brindarle la atención al usuario debe tener apertura de la historia clínica en el sistema.
- Tenga presente el protocolo de bienvenida institucional, las normas de cortesía como: saludar, pedir el favor, agradecer, mirar a los ojos al usuario, durante cualquier contacto con el paciente o sus acompañantes. Recuerde llamar al usuario por su nombre y tomar actitud de servicio.
- Tenga en cuenta tomar medidas de contención física y farmacológicas si el paciente lo requiere.
- Recuerde siempre estar acompañado en cada momento de la atención como medida de seguridad.
- Recuerde que si el usuario se torna agresivo tome una actitud de escucha, tranquilidad de seguridad y avise de forma inmediata al personal de enfermería.
- Recuerde en todo momento atender a los pacientes y acompañantes, respetando su dignidad y privacidad.
- No olvide que debe prestar especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de usuarios con deterioro cognitivo, por lo que la información de todo tipo (Derechos y Deberes, clínica, administrativa y demás) debe dársele a una persona responsable.
- Tenga presente que debe garantizar los derechos de privacidad y confidencialidad del usuario durante su proceso de atención: al momento de solicitar información o dar información de su patología, al momento de realizar la evaluación u otro momento de la atención que se vea afectado este derecho.
- Recuerde que las actividades programadas para este tipo de usuario en su gran mayoría se realizan grupal.
- Las disciplinas de apoyo Terapéutico (Terapia ocupacional, Psicología Y trabajo social) su valoración la realizan sin ningún tipo de interconsulta es diaria de lunes a viernes.
- No olvide que los fines de semana y festivos el Equipos psicosocial (Psicólogo(a) y Trabajadora social) de

- turno realizara ronda por los servicios para la identificación de salidas represadas y valoraciones prioritarias
- Realice informe diario de productividad de terapia ocupacional.
- Tenga en cuenta que el equipo psicosocial una vez en la semana realiza psicoeducación a familiares de los usuarios según cronograma proyectado anualmente.

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCION
1.	Atención inicial para el usuario.	a. Médico General o Especialista que atiende al paciente a. Realice la identificación segura para la verificación de los datos de identificación del usuario (manillas de identificación, tablero general e individual, participación activa e identificación redundante). b. Salude al paciente y acompañante, aplique el protocolo de bienvenida institucional, infórmele quien es usted y su motivo de atención si aplica, y demuestre su intención de servicio. c. Se llama al usuario por su nombre en compañía del auxiliar de enfermería d. Se le brinda un ambiente cálido, seguro, de confianza y de empatía para iniciar la valoración. 1. Ingrese a la historia clínica digitalizada se inicia con el motivo de consulta y se registra cual es el objetivo de iniciar la atención. Salude al paciente y acompañante, si aplica, demuestre su intención de servicio y aplique protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia El médico Especialista tiene en cuenta el siguiente criterio de ingreso: 1. Diagnóstico de psiquiatría que presente clínica de episodio agudo y que por estos síntomas requiera contención en Unidad Mental Continúe con el interrogatorio y diligencie la HC basado en los criterios establecidos por la institución. 1. Realice el examen físico según protocolo establecido y aplicando las guías de manejo clínico adoptadas por el hospital para el área de psiquiatría. ver Guías médicas de psiquiatría. 2. Solicitud de laboratorios e imágenes diagnósticas según su diagnóstico y condición física actual. 3. En caso necesario, determine la necesidad de la participación de otros integrantes del equipo de salud o de otras especialidades y genera las ordenes de interconsulta. 4. Registrar plan de órdenes médicas para ser ejecutadas por equipo terapéutico. 5. Realice valoración diaria y seguimiento al usuario para evaluar su condición actual y así tomar conducta. 6. En caso de que el usuario se encuentre crítico y requiera de la unidad de cuidado critico adulto, se interconsulta a este servicio, pero al no existir disponibilidad cama, se pasara interconsulta a Observación CRU urgencias adulto y seguidamente si la respuesta es no disponibilidad, se iniciara el proceso de contrarreferencia para el usuario.

2.

Continuidad de la
Atención con las otras
disciplinas.

Equipo de Enfermería:

1. Registre el usuario en los libros de ingreso y egreso del servicio.
2. Aplique el protocolo de Bienvenida.
3. Realizar toma de signos vitales al ingreso del paciente al servicio.
4. Identifique los riesgos que se pueda presentar al usuario según su condición y consignar en la nota de enfermería.
5. Realice el llamado al usuario por su nombre para la toma de sus signos vitales en cada turno.
6. Eduque al usuario en el lavado de manos para pasar a recibir su dieta.
7. Realice llamado al usuario para la revista médica.
8. La enfermero(a) jefe revisa evolución y ordenes médicas del usuario.
9. Igualmente el personal auxiliar de enfermería debe hacer revisión de órdenes médicas de los pacientes que le son asignados en el turno para dar un cumplimiento oportuno de las mismas.
10. Solicite medicamentos e insumos al servicio de farmacia por el software institucional.
11. El enfermero(a) jefe de acuerdo a órdenes médicas le informa al auxiliar de enfermería del plan farmacológico y terapéutico a seguir.
12. Programe la administración de los medicamentos de acuerdo con los lineamientos institucionales. Ver Manual de Enfermería.
13. Realice registros en la historia clínica de todo lo realizado con su atención.
14. Registre en la historia clínica la nota de enfermería de forma completa, ordenada y cronológica de acuerdo con los lineamientos institucionales
15. En caso que el plan de manejo y cuidado requiera de la realización de algún procedimiento, explíquelo al usuario cual será el procedimiento, para qué se lo van a realizar, en que consiste, si le va a doler o no, si le generará alguna molestia o cualquier otra información relevante para él y si este requiere de autorización lo debe hacer la persona adulta y responsable del cuidado del paciente.
16. Prepare al paciente según guías del procedimiento que vaya realizar, siguiendo los lineamientos institucionales o protocolos de enfermería y pregunte a la familia y/o cuidador del usuario si tiene alguna duda y en caso afirmativo proceda con las aclaraciones del caso.
17. Intervención de las demás disciplinas:

TERAPIA OCUPACIONAL

Realice ronda por el servicio, Identificando los usuarios que pueden asistir al área de terapia ocupacional
Identifique según el caso para aplicar la siguiente intervención.

Valoración de Terapia ocupacional

Intervención individual:

- Identifique el estado mental actual del paciente
- Establece empatía terapéutica con el usuario
- Brinde seguridad y confianza en sí mismo

- Ofrece apoyo terapéutico y motivación constante.
- Intervención Grupal:
- Identifique el estado mental actual del paciente
 - Oriente, motiven clasifcan a los pacientes en una actividad específica teniendo en cuenta intereses, gustos, habilidades y destrezas. (actividades de autocuidado, recreativas, libres- expresivas, intelectuales, físicas, motricidad gruesa y fina, relajación, ocio y tiempo libre y vocaciones) Ver protocolos Intervención de Terapia ocupacional en procesos mentales superiores en usuarios de la unidad de salud mental.
- Ver Protocolo Intervención de Terapia ocupacional en actividades de la vida diaria en usuarios de la Unidad de salud Mental.

PSICOLOGIA

- Revise Historia Clínica en el software Institucional.
- **Participe en la revista médica y SI se encuentra estable mentalmente:** De acuerdo a las actividades desarrolladas en la unidad de salud mental se participara en revista médica 4 días de la semana con uno de los especialista para fijar en el software de historias clínicas institucionales de los usuarios de la unidad plan de tratamiento psicosocial donde se evalúan las situaciones evidenciadas durante la entrevista con los familiares, para finalmente como grupo interdisciplinario dar un mejor manejo y plan intervención durante la estancia del usuario.
- **Realice entrevista e intervención psicológica:** Valoración inicial (entrevista semiestructurada) o seguimiento psicoterapéutico, encaminado a ejecutar un plan de intervención específico a cada usuario
- **Realice entrevista a familiares cuando el usuario no se encuentre estable:** Si en el momento el usuario se cuenta con su red de apoyo disponible se brinda espacio de atención a los miembros de la familia y/o cuidadores, con el fin de que faciliten información del usuario.
- **Realice Psicoterapia grupal a los usuarios y a la familia:** Realice actividades de psicoeducación grupal y de formación dos veces a la semana, lo cual tiene como objetivo informar a los usuarios sobre sus enfermedad, síntomas, diagnósticos, modelos de vulnerabilidad y tratamiento.
- **Registre en la base de datos de los usuarios que ingresan y egresan del servicio:** Diariamente se registra en la base de datos la información de los usuarios que se realizan intervención y los 5 días de cada mes se envía la información a la oficina de estadística y al coordinar de psicología.
- Registre todas sus intervenciones en el software institucional.

TRABAJO SOCIAL

Priorizar el caso identificado

Revise la historia clínica digitalizada de los casos y prioriza teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Realice ronda por el servicio para la búsqueda activa de los casos.

- Violencia intrafamiliar: abuso sexual, maltrato físico, psicológico, negligencia, abandono, vulneración e inobservancia. Ver protocolos institucionales de Abuso sexual y Violencia Intrafamiliar.
- Adolescente de alto riesgo
- Salida represada
- Compromiso con el tratamiento
- Usuario NN y Habitante de la calle, población Extranjera y Andariegos
- Acompañamiento en el proceso de duelo y recibimiento de malas noticias.

Realizar valoración Social

Valoración de los factores de riesgo social:

- Inicie con una atención humanizada y respetuosa
- Entreviste al usuario, la familia o acudiente para conocer y triangular la información obtenida de las fuentes primarias y secundarias.
- Identifique los factores de riesgo: Económicos, laboral, familiar o social que se encuentren en vulnerabilidad social, amenaza o inobservancia y afecten de manera directa e indirecta el proceso de salud- enfermedad; según el caso,
- Realice intervención donde se determinan acciones de información, asesoría, orientación y actividades socioeducativas.
- Active las redes familiares, comunitarias e institucionales
- Realice registro de la valoración en a la historia Clínica sistematizada en el software Institucional física según el servicio.
- Teniendo en cuenta la siguiente estructura: datos sociodemográficos; composición familiar, situación encontrada, concepto social e intervención (ver manual de Trabajos Social-Manuales para elaboración de pagares)

Realizar reporte y coordinación Interinstitucional

- De acuerdo a los factores de vulneración social encontrados, realice el reporte de la institución competente a través del informe social que se encuentra en la historia clínica sistematizada, con el fin de activar las redes institucionales tales como ICBF, Secretaria de Salud Departamental, Municipal, Personería, Defensoría, Procuraduría de Familia y Derechos Humanos, Fiscalía, Alcaldía Municipal, policía, CTI, entre otros, buscando mejorar las condiciones de vida la garantía de los derechos de la población afectada y que se efectúe seguimiento por dichas Instituciones.
- Realice la evolución en la historia clínica, y en la oficina de trabajo social cuando se requiera (ver Manual de Trabajo Social).

Realizar Seguimiento

- Verifique los compromisos establecidos con el usuario y/o familia registrados en el plan de atención y posteriormente se realice el registro en la historia clínica ya sea sistematizado o física.

- Realice contacto telefónico o a través de medios electrónicos con las instituciones a fin de dar continuidad y articular la atención del usuario y/o familia.
- Evolución en la historia clínica (software institucional) en todos los seguimientos.

DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO

CÓDIGO	GA-H-P-001-003
NOMBRE	Interconsulta por otras Especialidades u Otras Disciplinas en el Servicio de Urgencias
RESPONSABLE OPERACIONAL	• Especialistas Interconsultantes • Otros profesionales de la Salud que participan en la atención al paciente
OBJETIVO	Garantizar una atención integral al usuario y de acuerdo con sus requerimientos clínicos, sociales, espirituales y emocionales establecidos en el modelo de atención y en las guías de práctica clínica
RECURSOS NECESARIOS	Computador, Software aplicativo institucional, dotación de área de observación de acuerdo con estándares de habilitación, documentación del servicio, soportes de interconsulta
REGISTROS GENERADOS	Historia Clínica, notas de interconsulta o de evolución, según el caso y demás registros asistenciales.
ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS	URGENCIAS Atención Inicial • Todo paciente quien ingrese al área de atención inicial y sea clasificado por el médico de triage para ser valorado por una especialidad, deberá ser atendido según el tiempo de clasificación ya determinado para la clasificación de ingreso en urgencias. Triage I: Inmediata , Triage II: 10 a 15 minutos, Triage III: 60 minutos, Triage IV: 2 horas, Triage IV: 4 horas • Las interconsultas generadas en atención inicial que generen llamados para especialidades deben ser respondidas en un lapso no mayor a 3 horas. Observación Adultos • Las interconsultas generadas en el área de observación deben cumplir con los estándares de oportunidad determinados de la siguiente forma: a. Posterior a una valoración adecuada por el personal asistencial a cargo se debe determinar bajo criterio clínico la necesidad de la valoración por la especialidad; concepto que debe ser registrado en folio de historia clínica. b. Al determinar la interconsulta se debe clasificar la necesidad del tiempo de respuesta de interconsulta y registrar en

el cuadro de observaciones la clasificación indicada en la historia clínica digital.

Inmediata: 30 minutos de respuesta

Urgente: 2 horas de respuesta

Diferida: 6 horas de respuesta

No urgente 12 horas de respuesta

HOSPITALIZACIÓN

Se acoge a la metodología TRIAGE para la priorización en la respuesta a interconsultas de los pacientes teniendo en cuenta la dinámica de los mismos en los servicios:

Prioridad 1: Atención inmediata, por lo que las especialidades básicas presenciales como Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, Ginecología y Anestesia darán soporte inmediato mientras acude la especialidad solicitada en un tiempo de respuesta no mayor a 30 minutos.

Esto aplica en el servicio de Hospitalización, cuando el usuario se reagudiza y se convierte en URGENCIA VITAL.

Prioridad 2 se darán 2 horas adicionales de gabela para la atención especializada. Igualmente aplica la atención básica inmediata dada por las especialidades presenciales.

Prioridad 3 es manejo por consulta externa donde no aplica el procedimiento de interconsulta.

Para el servicio de Hospitalización se ha definido un tiempo máximo de 24 horas a partir de la solicitud de interconsulta, exceptuando cuando se trate de una Urgencia vital, la cual fue contemplada anteriormente.

- Las interconsultas clasificadas como inmediatas y urgentes deben ser tramitadas por la oficina de referencia quien llevará el registro respectivo de las llamadas realizadas.
- Las interconsultas generadas como diferidas y no urgentes deben ser radicadas en el área de coordinación para posteriormente hacerse efectivas a través de recibido en físico.
- La entrega de las interconsultas debe ser a cargo del jefe del servicio quien deberá hacer llegar la solicitud a los servicios respectivos (contrarreferencia y coordinación).
- Todos los casos de interconsulta deben ser respondidos, en caso de no ser considerada pertinente la valoración por el especialista debe consignar en la historia clínica digital el concepto.
- Tenga presente que durante la atención al paciente se debe adherir a las normas, guías de práctica clínica institucionales, protocolos, políticas, modelo de atención y demás documentación establecida.
- Recuerde que la conducta propuesta debe ser socializada con el médico tratante y ser informada al personal de enfermería, como ser registrada en la historia digital.

- No olvide que a todo paciente se le debe diligenciar historia clínica y que están prohibidos las órdenes verbales.
- Recuerde que las subespecialidades son interconsultantes y no asumirán funciones de especialidades tratantes, por lo tanto, la especialidad de base debe valorar el paciente hasta el momento de su egreso.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1.	Respuesta a la Interconsulta	Medico especialistas interconsultantes 18. Pídale al médico del servicio que le presente al paciente y que le cuente su evolución. 19. Salude al paciente y acompañante, aplique el protocolo de bienvenida institucional, infórmele quien es usted y su motivo de atención si aplica, y demuestre su intención de servicio. 20. Inicie con el interrogatorio e indáguele con el paciente o su acompañante por su motivo consulta y por los signos y síntomas que acusa, así como por la evolución de su condición clínica, es decir de mejora o de deterioro de su salud. 21. Revise las ayudas diagnósticas y sus resultados. 22. Revise la historia clínica para determinar los tratamientos instaurados. 23. Examine al paciente y con base en el comportamiento de signos vitales, resultados de exámenes y en los resultados de las ayudas diagnósticas, respuesta a tratamiento y lo acusado por el paciente, proceda a validar, ajustar o proponer una nueva conducta médica y plan de tratamiento; documente en la historia clínica la nota de evolución y las ordenes médicas. 24. En caso necesario, determine la necesidad de la participación de otros integrantes del equipo de salud o de otras especialidades y genera las ordenes de interconsulta. 25. Continúe con el diligenciamiento de la Historia Clínica. 26. Socialice con el resto del equipo de salud las ordenes de manejo y los cuidados adicionales e infórmeles sobre el plan de manejo a seguir. 27. Informe al paciente y familia sobre la valoración realizada y sobre las nuevas conductas o realización de exámenes, ayudas, procedimientos médicos o quirúrgicos y aclare dudas. 28. En caso de que el procedimiento médico o quirúrgico requiera de la autorización del usuario, una vez le haya informado lo establecido en el punto anterior, diligencie el formato y proceda con la obtención del consentimiento informado, es decir indíquele al usuario que debe firmar el formato establecido, y en el caso de que el usuario sea incapaz de consentir debe ser su familiar o acudiente responsable de firmar el formato de consentimiento informado. En caso de que él o su familia manifiesten dudas acláreselas. 29. Diligencie los formatos establecidos, según el caso, necesarios para realizar la facturación y llevar la estadística del servicio. 30. Motive al paciente y su familia sobre autocuidado.

Otras Disciplinas Interconsultantes

31. Informe al paciente sobre las actividades a realizar y el propósito de las mismas y solicite su colaboración.
32. Realice las valoraciones e intervenciones propias de su cargo, de acuerdo con lo establecido en el Modelo de Atención, guías de práctica clínica, instructivos, protocolos y demás procesos y procedimientos definidos por el hospital.
33. Realice los registros en el la HC o en los demás registros asistenciales, según el caso.

DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO

CÓDIGO	GA-H-P-003-004
NOMBRE	Egreso del Paciente
RESPONSABLE OPERACIONAL	Médico Tratante de hospitalización Personal de Enfermería
OBJETIVO	Finalizar la atención del usuario en el servicio de hospitalización y continuar con su plan de cuidados en otro servicio, en otra institución o en forma ambulatoria.
RECURSOS NECESARIOS	Computador, Software institucional, documentación del servicio, papelería institucional, dotación del servicio, teléfono, Camilla de traslado y silla de ruedas, documentación de egreso
REGISTROS GENERADOS	Historia Clínica, notas de evolución y demás registros asistenciales; formato, kárdex, devolutivo de medicamentos e insumos y libro de ingresos y egresos del servicio de hospitalización.
ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS	• Recuerde que debe realizar el traslado virtual del paciente (intrainstitucional), y soporte de la HCI completa y posteriormente traslade al usuario al servicio donde tenga la cama. • En caso de egreso institucional se debe imprimir y entregar al paciente la siguiente documentación: epicrisis, boleta de salida, fórmula médica, orden de laboratorios e imágenes, recomendaciones, controles, incapacidades en caso de ser contributivo y/o estudiantes) y la contrarreferencia (en los casos de ser remitido a otra institución o para gestionar de manera ambulatoria la remisión a otro centro asistencial). • Tenga presente que se deben anexar a la historia clínica las copias de los devolutivos y los comprobantes de farmacia del usuario como control del servicio. • Recuerde que para los casos de conducta hospitalaria se debe legalizar el traslado del usuario en facturación, para lo cual se debe verificar los devolutivos de medicamentos e insumos. • Tenga en cuenta que se deben generar los registros de devolutivo de medicamentos e insumos y diligenciar el libro de ingresos y egresos de hospitalización.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1	Definición de la conducta	<u>Conducta Ambulatoria</u> 1. Si considera que el cuadro clínico del paciente ha sido resuelto y que puede continuar su manejo de manera ambulatoria defina la conducta de egreso del servicio de hospitalización. 2. Diligencie la nota de evolución en la HCl, las órdenes médicas y orden de salida la salida del paciente. 3. Elabore los formatos requeridos que corresponda, tales como: incapacidades según lo descrito anteriormente, fórmula médica, fórmula de medicamentos de control según el caso, Epicrisis o resumen de atención, entre otros. 4. Informe al grupo de enfermería la conducta tomada para que verifiquen que la HCl y anexos están completos y bien diligenciados y entregue a facturación, verificando su actualización y firmas correspondientes. 5. Dé instrucciones al usuario y/o acompañantes sobre el trámite de egreso y la educación correspondiente, con respecto a su medicación y cuidados, explíquelo la posología, presentación y demás indicaciones del plan terapéutico forma de preparar y tomar los medicamentos, si aplica. Adicionalmente de las recomendaciones del caso al paciente sobre cuidados en casa, indicaciones sobre autocuidado y estilos de vida saludable. Infórmele a demás sobre signos y síntomas de alarma y que debe hacer en caso de presentarse. Motívelo a adherirse al tratamiento farmacológico y no farmacológico. 6. Firme la boleta de salida. 7. En caso de fallecimiento del paciente por causas NO violentas, diligencie completa y correctamente el Certificado de Defunción siguiendo el instructivo de Diligenciamiento de certificados de Defunción 8. En caso de fallecimiento del paciente por causas violentas, NO SE DEBE DILIGENCIAR el Certificado de Defunción llame o solicite al personal de enfermería para que soliciten a la autoridad de turno pertinente el levantamiento del occiso e informe a los familiares sobre el procedimiento de necropsia que deben realizar al usuario. <u>Conducta Hospitalaria</u> 9. Si considera que el cuadro clínico del paciente debe ser manejado por otro servicio de la Institución, como, por ejemplo: Cirugía, UCIS, otros servicios hospitalarios, proceda a elaborar la nota de evolución y plan de manejo y registre en la hoja de órdenes médicas el traslado del paciente para el servicio respectivo. Y proceda igual que en el punto 4 y 5. <u>Conducta de Remisión</u> 10. Si las condiciones o necesidades clínicas del paciente superan la capacidad técnica de la institución o el hospital no tiene contrato con la EPS, proceda a elaborar la nota de evolución, la orden de remisión del paciente y a diligenciar al anexo respectivo e informe al paciente o acompañante la decisión tomada. Y proceda igual que en el punto 4 y 5. 11. El profesional de enfermería a través del correo electrónico correspondiente adjunta la orden de remisión y el

		formato de "Referencia y Contrarreferencia" y lo envía a la oficina de Referencia y Contrarreferencia para que le den trámite a dicha solicitud ante la Entidad Aseguradora. Todos los días la oficina de Referencia y Contrarreferencia debe enviar la nota de evolución médica hasta que el usuario sea aceptado en la red prestadora de la aseguradora. 12. Informe al personal de facturación y de referencia y contrarreferencia para que realicen los trámites respectivos. <u>Paciente Fugado</u> 13. Una vez confirme que el usuario se fugó del servicio, informe al médico para que se realice la nota médica. 14. Elabore el oficio dirigido a Trabajadora Social, Departamento de Enfermería, Servicio de Vigilancia y Subgerencia Financiera y facturación informando que el usuario se ha fugado del servicio. 15. Diligencie el formato de eventos adversos "Yo reporto". 16. Elabore nota de enfermería sobre la fuga del usuario. 17. Realice los devolutivos y registros correspondientes en la historia clínica.
2.	Salida, Traslado o Egreso del paciente	<u>Conducta Ambulatoria</u> 18. Dé instrucciones al usuario o acompañantes sobre el trámite de egreso y la educación correspondiente, con respecto a su medicación y cuidados como se mencionó anteriormente, explíquelo la posología, presentación y demás indicaciones del plan terapéutico forma de preparar y tomar los medicamentos, si aplica demás indicaciones del plan terapéutico. Adicionalmente dé las recomendaciones del caso, pronóstico, signos de alarma y demás orientaciones establecidas en las guías de manejo, de igual manera, oriéntelo sobre la conducta a seguir: ejemplo si debe consultar de manera ambulatoria, si requiere autorizaciones por parte de la EPS, si requiere tratamiento medicamentoso; si se debe realizar algún examen o procedimiento y otras informaciones importantes para que continúe su proceso de atención de manera ambulatoria. 19. Oriéntelo sobre donde puede acceder a los medicamentos, de acuerdo con su red prestadora. 20. Oriente al usuario si debe ingresar a algún programa especial como programa de promoción y prevención (PYP) a los que tiene derecho por su entidad de aseguramiento, lo anterior teniendo en cuenta su edad, sexo y los riesgos potenciales del paciente por el tipo de enfermedad o antecedentes, como crecimiento y desarrollo, planificación familiar, prevención de complicaciones cardiovasculares, programa de coagulación y programa IAMI, entre otros. 21. Evalúe la comprensión de la información dada al paciente y la familia y realice los refuerzos correspondientes. 22. Deje registrado en la historia clínica la valoración del paciente y la educación dada. 23. Despídase amablemente del paciente y su familia e informe para su salida debe presentar el recibo de caja en facturación para legalizar su salida 24. El camillero debe acompañar al usuario y su familia hasta la salida de la institución. 25. En portería el personal de vigilancia debe verificar la firma de la boleta de salida y procede a retirar la manilla de identificación.

Conducta Hospitalaria

26. Si se trata de traslado al servicio de cirugía diligencie completamente el formato solicitud de programación de cirugía, consentimiento informado, solicite la valoración pre-anestésica y la lista de chequeo de cirugía segura
27. Si el traslado es entre unidades, solicite vía telefónica la asignación de cama, informando los datos y requerimientos completos del usuario.
28. Deje registrado en la historia clínica la valoración del paciente y la educación dada.
29. Una vez las condiciones de traslado se den, despídase amablemente del paciente y su familia e informe que el personal de enfermería y/o camillero lo acompañarán a su servicio de destino.
30. Informe al usuario el procedimiento a seguir.
31. Asegúrese de verificar que la Historia Clínica y anexos están completos y bien diligenciados y complete los cargues del servicio para que se pueda cerrar la cuenta en el servicio y pueda hacer una entrega informada del paciente.

Conducta de Remisión

32. Valore al paciente y determine su situación de salud y regístrelo en la HCl.
33. Informe al paciente y su acompañante la conducta adoptada y el procedimiento de cómo opera la referencia.
34. Informe a la auxiliar de enfermería la conducta tomada para que verifique que la HCl y anexos están completos y bien diligenciados y los entregue a facturación previo actualización de registros pendientes.
35. Despídase amablemente del paciente y su familia
36. De las instrucciones para que se proceda de acuerdo con el manual de Referencia y contra referencia.

Traslado a Morgue

37. Solicite al médico, que emite el certificado de Defunción y entregue el mismo, al personal de enfermería.
38. Informe a la auxiliar de enfermería la conducta tomada para que verifique que la HCl y anexos están completos y bien diligenciados y los entregue a facturación previo actualización de registros pendientes y admisiones; y de instrucciones a los acompañantes sobre el trámite de entrega del cadáver, si aplica
39. Pida al personal que proceda con el traslado del occiso en concordancia con el decálogo del trato humanizado respetamos el cadáver y brindamos apoyo emocional y espiritual a los familiares.

Pacientes Fugados

40. Organice la Historia Clínica física, con el recibido del oficio de fuga del usuario e imprima la epicrisis para anexarla al paquete, traslade el paquete hasta facturación para los trámites correspondientes.

DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO

CÓDIGO	GF-FAC-P-001-004	
NOMBRE	LIQUIDACION DE FACTURACION HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	
RESPONSABLE OPERACIONAL	Analista de cuentas – Auditor de cuentas medicas - Coordinador del Servicio.	
OBJETIVO	Facturar de manera eficiente y eficaz, los servicios prestados por la institución y que sean facturables desde el punto de vista legal y contractual, generando una factura que cumpla con todos los requisitos legales y contractuales para que sea radicada oportunamente en los tiempos establecidos, a las diferentes entidades responsables del pago.	
RECURSOS NECESARIOS	Infraestructura física (ventanilla de atención y/o puesto, cubículo u oficina), puntos y red de datos, Computador, impresora, Software institucional, acceso a bases de datos, teléfono.	
REGISTROS GENERADOS	Factura, Documentos soporte de la factura, Comprobante de servicios médicos, Paz y Salvo	
ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS	1. Verifique de la admisión del paciente. 2. Verifique el censo de ingresos y de hospitalización de pacientes (Urgencias y Hospitalización). 3. Verifique la orden de egreso del paciente por parte del personal asistencial. 4. Verifique el total de servicios y/o cargos realizados y aplicados por el personal asistencial (atenciones, exámenes, insumos, medicamentos, estancia, etc), al paciente que estén registrados y evidenciados en los aplicativos informáticos y en medio físico para aquellos que no están en los sistemas informáticos. 5. Informe a la Institución (Hospital) las inconsistencias encontradas en los servicios aplicados al sistema por parte del personal asistencial y que no son atribuibles al proceso de facturación. 6. Tenga presente que el proceso de Gestión de Facturación interrelaciona con áreas asistenciales y administrativas del hospital, actividades de estas áreas que deben ser cumplidas por sus responsables de conformidad al manual de procesos y procedimientos de estas áreas, lo anterior con el fin de garantizar una factura con calidad y que cumpla con todos los requisitos normativos legales y contractuales, actividades fundamentales para poder cumplir el objeto del proceso de Gestión de Facturación.	
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1	Verificar el censo diario de cada servicio.	1. Ingrese por el aplicativo institucional, módulos, gestión hospitalaria, Reportes, Censo histórico, seleccione: censo diario. En la pestaña de unidad funcional elija el servicio de facturación, elija imprimir y genere reporte de usuarios hospitalizados. 2. Ingrese al módulo, historias clínicas, procesos, consulta historias, digite el número del documento del usuario

		en la casilla de pacientes, en actividades recientes y en el listado de atenciones elija el ingreso actual del usuario, / imprimir registros médicos y consulte la historia clínica. Lo anterior se realiza con el objetivo de identificar la estancia del paciente y los servicios prestados a la fecha.
2	Digitar los servicios.	3. Recolecte los soportes de las órdenes de servicio (órdenes de laboratorio, notas de consumo quirúrgico informe quirúrgico y nota de cargo de material de osteosíntesis etc.) en sus respectivos centros de costos. 4. Ingrese a aplicativo institucional, Módulos, Operativos asistenciales, Facturación Ley 100, procesos, ordenes de servicio. Digite el número de ingreso en la casilla de ingreso o el número de identificación del usuario en la casilla de código. nombre del usuario. casilla de área solicitante. En la pestaña seleccione el área del servicio donde se encuentre el usuario. 5. En la nueva ventana: verifique el plan de beneficios. Digite el código del servicio prestado. Digite la fecha real de prestación del servicio, el nombre del médico tratante, centro de costo y demás espacios de la ventana. Grabar. Confirmar. Nota: El Analista de Cuentas de facturación - cirugía, entrega hoja de gastos donde se relacionan los materiales de osteosíntesis utilizados en el procedimiento quirúrgico junto con el código de referencia del insumo y el nombre de la casa comercial respectiva al funcionario encargado para su respectiva digitación, quedándose a la espera del envío y recepción en físico o vía correo electrónico de la factura comercial por parte de la casa comercial. Continuar con la digitación de todos los servicios.
3	Recibir indicación de salida y anexos no sistematizados.	6. Ingrese por el aplicativo institucional al módulo de gestión hospitalaria, consulta de pacientes, digite el número de identificación del usuario, verifique que el usuario no se encuentre hospitalizado. Si aparece hospitalizado, informe a enfermería para que realice el egreso del usuario y no se acepta la salida, hasta no realizar el respectivo egreso del sistema. 7. Reciba de la auxiliar de enfermería la indicación de salida y anexos no sistematizados de la historia clínica de todos los servicios de hospitalización por donde paso el usuario (EKG, neurofisiología, endoscopias, gases y electrolitos, bando de sangre, entre otros). 8. La entrega se registra en el libro radicador de enfermería, donde se debe evidenciar la fecha, hora, numero de folios y nombre y firma de quien entrega.
4	Verificar la seguridad social y autorizaciones del usuario.	9. Verifique la seguridad social del usuario y anexos técnicos (autorizaciones). En caso de encontrar inconsistencias se informa a admisiones y/o autorizaciones para que realicen los ajustes correspondientes.

5	Generar los soportes de la factura.	10. Consulte el aplicativo de Labcore, Carestream, base de datos de patología y base de datos de cardiología no invasiva e imprima todos los soportes relacionados con el ingreso actual. 11. Ingrese a aplicativo institucional, módulo de historia clínica, digite el número de identificación del usuario y seleccione la historia correspondiente a la atención actual. Imprima los soportes de triage, hoja de ingreso, epicrisis, hoja de registro de medicamentos, hojas de insumos de enfermería, hojas de las mezclas de enfermería, notas de procedimientos y de ayudas diagnósticas y terapéuticas, hoja de consumo de oxígeno, hoja de signos vitales y anexos técnicos o autorizaciones correspondientes.
6	Liquidar cuenta.	12. Ingrese al aplicativo institucional, módulo facturación, Ley 100, Liquidación de cuentas y con el número de identificación o número de ingreso consulte la factura parcial y liquide la estancia del usuario. 13. Realice el análisis y auditoria a la historia clínica, compare lo digitado en la factura parcial contra los soportes impresos, realice el cargue de los servicios faltantes, ajustes requeridos según registros de los soportes y liquide el valor del copago o cuota de recuperación (si aplica). Continúe con la actividad N° 7. En las estancias prolongadas se podrá realizar cortes bimestrales de facturación de acuerdo con la complejidad, la estancia o el proceso en particular, la decisión de realizar o no el corte parcial será, decisión del responsable del proceso.
7	Legalizar orden de salida.	14. Ingrese al aplicativo institucional, opción facturación ley 100, procesos, ordenes de salida, ingrese el número de cedula y/o ingreso del usuario, diligencie la orden de salida (área servicio, médico y fecha de salida). Por último, en la opción grabar e imprima el comprobante de recibo de servicios médicos y el paz y salvo. 15. Haga firmar por el usuario y/o acompañante el comprobante de recibo de servicios médicos. Este formato se anexa a la factura. 16. Elabore la legalización de egreso en el paz y salvo y entrégala al usuario para que se dirija a la caja y lo legalice.

DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO	
CÓDIGO	GF-T-P-002-001
NOMBRE	Recaudo monetario en Caja

RESPONSABLE OPERACIONAL		Auxiliar Administrativo de caja
OBJETIVO		Realizar el recaudo de dinero que ingresan por medio de la caja de urgencias y consulta externa producto de los servicios médicos y hospitalarios prestados u otros conceptos.
RECURSOS NECESARIOS		Físicos: Caja registradora, calculadora, caja fuerte y demás implementos de oficina. Tecnológicos: Equipo de Cómputo, datafono. Humanos: Auxiliar administrativo de caja
REGISTROS GENERADOS		Recibo de caja, Boucher, cheques, informe diario de caja.
ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS		- Tenga en cuenta que los recaudos en efectivo, tarjetas de crédito y cheques son las únicas formas de pago autorizadas para la recepción en cajas (consulta externa y urgencias). - En caso de que exista faltante de talonarios de recibos de caja, previamente con una antelación de tres (3) días, se debe elaborar el requerimiento, indicando la cantidad a utilizar. - Recuerde que el auxiliar administrativo de Tesorería debe registrar en un libro radicador el número de talonarios entregados. - Tenga en cuenta que <u>antes de elaborar el recibo de caja</u>, el Auxiliar de Caja, debe cerciorarse con qué forma de pago (efectivo o tarjeta) lo va a realizar el usuario. - Tenga en cuenta que, en caso de presentarse alguna inconsistencia en el cierre de caja, realizar la reversión del recibo con comprobante de egreso.
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCION
1.	Recibir al usuario	1. Reciba al cliente y de la bienvenida (siguiendo los lineamientos del manual de atención al ciudadano).
2.	Identificar tipo de ingreso	- Identifique el tipo de Ingreso que corresponde por el pago a recibir, los cuales pueden por prestación de servicios médicos hospitalarios, expedición de constancias, carnet, reintegro de avances, arrendamientos, servicios públicos, concesiones, esterilización, abono, cancelación de pagarés, entre otros. - Pregunte al cliente la forma de pago. - Reciba la factura y el pago (dinero en efectivo, tarjeta débito o crédito y/o cheque). - Si el pago es en efectivo, verifique las condiciones y validez del mismo y acéptelo. - Si el pago es en tarjeta de crédito, además de la tarjeta solicite la cédula de ciudadanía del titular, pregunte el número de cuotas a diferir y diríjase al datafono para realizar la transacción. - Si el pago es en tarjeta débito, reciba la tarjeta y diríjase al datafono para realizar la transacción.

3.	Elabore recibo de caja	7. Si el pago es en cheque, recepcione el cheque y verifique que lleve el visto bueno del subgerente financiero. 8. Elabore un recibo de caja indicando lo siguiente: fecha, nombre del usuario y número de identificación, valor en números y letras, código del servicio solicitado, descripción del pago, código del cajero, si es cheque nombre del banco. 9. Firme el recibo de caja, coloque el sello y entregue al cliente. (original: paciente o usuario y copia: tesorería). 10. Elabore el informe diario de caja una vez finalice su turno, adjuntando los soportes y los pagos en efectivo. 11. Reporte los boletines de ingresos diarios al profesional universitario de tesorería con motivo del cierre de caja adjuntando los soportes, los pagos en efectivo y demás conceptos. 12. Reporte los boletines de ingresos diarios al profesional universitario de tesorería con motivo del cierre de caja adjuntando los soportes, los pagos en efectivo y demás conceptos.
----	------------------------	---

	DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO
CÓDIGO	GA-H-P-003-005
NOMBRE	Egreso de pacientes y acompañantes del Servicio de Salud Mental
RESPONSABLE OPERACIONAL	Guarda de Seguridad
OBJETIVO	Garantizar la seguridad personal de usuarios, clientes internos y salvaguardar los activos fijos del servicio
RECURSOS NECESARIOS	Dotación personal, escarapelas para acompañantes, Garrett, minuta de ingreso y egreso de pacientes
REGISTROS GENERADOS	Minuta de ingreso y egreso de Hospital Día.

ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS		• Recuerde que se debe ayudar al ingreso de los usuarios que lo requieran. • No olvide que se debe hacer el control de armas de fuego y cortopunzantes. • Recuerde controlar el ingreso y egreso de personas, respetando en todo momento la dignidad humana de los pacientes. • Tenga presente que en caso de pacientes difíciles debe adoptar una actitud de conciliación y en caso que el paciente o acompañante se torne muy agresivo debe dar aviso al policía del cuadrante. • Recuerde que su trabajo es muy importante para la seguridad del servicio y de las personas que permanecen ahí, por lo tanto, no debe ausentarse de su sitio de trabajo y si es totalmente necesario debe dejar un recomendado. Esté atento a identificar y colaborar con la resolución de las necesidades de los usuarios y acompañantes. • No olvide que los usuarios y acompañantes deben ser verificadas sus pertenencias en el momento del egreso.
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCION
1.	Validación y autorización de egreso de pacientes y acompañantes.	<u>Egreso</u> 1. Salude al paciente y acompañante si aplica. 2. Reciba la boleta de salida y verifique que contenga el sello de caja y la firma del jefe del servicio (nombre y apellidos con firma). 3. Retírele la manilla de seguridad al paciente, verificando que la boleta de salida coincida con el nombre registrado en la manilla. 4. Pídale al usuario y acompañante su colaboración para el proceso de requisa. 5. Realice la requisa, cumpliendo con los estándares de seguridad. Ver manual de Vigilancia y Seguridad. 6. Identifique los elementos de uso personal del paciente (balas de oxígeno, equipos de cómputo portátiles, etc), y cerciórese que estén registrados en la minuta. En caso de encontrar inconsistencias no autorice el egreso hasta confirmar la procedencia del elemento. 7. Registre en la minuta el egreso del paciente. 8. <u>Autorice el egreso del paciente y despídase cordialmente</u>

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
	PROCESO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	VERSIÓN: V3
		CÓDIGO: GA-H-C-003
		PAGINA: 57 de 59

9. INDICADORES DE GESTIÓN

-  Proporción de días de Estancia
-  Índice de evento adversos (caídas de pacientes)
-  Índice de eventos adversos (relacionados de Medicamentos)
-  Índice de evento adversos (fuga de pacientes)
-  Proporción de PQRS asociadas en el servicio hospitalario
-  Proporción de usuarios que admiten conocer acerca de su patología.
-  Proporción de usuarios que recomendaría nuestro servicio a sus familiares y/o amigos.
-  Proporción de usuarios satisfechos con la atención prestada en el servicio de hospitalización.
-  Proporción de usuarios que admiten haber sido informados sobre sus deberes y derechos.
-  Número de pacientes hospitalizados
-  Número total de egresos

10. PROCESOS INVOLUCRADOS

- Facturación
- Tesorería
- Recursos físicos (Vigilancia).
- Servicios asistenciales que se interrelacionan con el proceso

11. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Ver Matriz de Riesgos de Gestión/Clínicos Salud Mental

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
	PROCESO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	VERSIÓN: V3
		CÓDIGO: GA-H-C-003
		PAGINA: 58 de 59

12. ELABORO, REVISO Y APROBÓ

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE: Miguel Alfredo Navarro Lamprea Lina Mildred Piña Tovar	NOMBRE: Miguel Alfredo Navarro Lamprea Leonardo Mauricio Valero Carlos Daniel Mazabel Córdoba Marleny Quesada Losada	NOMBRE: Emma Constanza Sastoque Meñaca
CARGO: Coordinador Salud Mental Profesional Universitario agremiado Oficina Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional	CARGO: Coordinador Salud Mental Coordinador Hospitalización Subgerente Técnico –Científico Jefe Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional	CARGO: Gerente E.S.E.
FECHA: Julio 2021	FECHA: Agosto 2021	FECHA: Agosto 2021

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
	PROCESO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	VERSIÓN: V3
		CÓDIGO: GA-H-C-003
		PAGINA: 59 de 59

13.CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Mayo 2018	Se ajusta el proceso de acuerdo a la nueva metodología de gestión por procesos, alineando los mismos con la política de calidad, objetivos estratégicos, estándares de acreditación en salud y fomentando en cada uno de ellos la inclusión de la cadena cliente proveedor, advertencias generales y específicas, ubicación en el mapa de procesos, metodología 5W1H y la identificación de necesidades y expectativas de los clientes de cada proceso y se anula el procedimiento, porque se incluyó en el proceso : AH-HD-P-002-001 Intervención de Terapia Ocupacional.
02	Marzo 2021	Se realiza actualización al proceso en lo relacionado con horarios de visita, traslado de usuarios a cirugía y contingencia COVID 19.
03	Agosto 2021	Se ajusta el proceso en el numeral 11 Identificación de los riesgos por actualización de los riesgos según nuevos lineamientos de la Metodología de Gestión del Riesgos Institucional vigente. Quedando de la siguiente manera: Ver Matriz de Riesgos Gestión/Clínicos Hospitalización, la cual se encontrarán en el icono en Manuales HUN en la carpeta Matrices de riesgos por Macroprocesos – Misional-Atención Hospitalización- Matriz de Riesgos Gestión/Clínicos Hospitalización.