

ORDEN DE 6 SEPTIEMBRE 1984, SOBRE OBLIGATORIEDAD DE ELABORACIÓN DEL INFORME DE ALTA PARA PACIENTES ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

**BOE 14 septiembre 1984, núm. 221/1984
[pág. 26685]**

Artículo 1.

Se establece la obligatoriedad de elaborar un informe de alta para los pacientes que, habiendo sido atendidos en un Establecimiento Sanitario, público o privado, hayan producido al menos una estancia.

Artículo 2.

El informe de alta será entregado en mano al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal en el momento que se produzca el alta del Establecimiento.

Artículo 3.

Los requisitos mínimos que debe cumplir el informe de alta serán:

1. Estar escrito a máquina o con letra claramente inteligible.
2. Referidos a la identificación del hospital y unidad asistencial:
 - a) Nombre del establecimiento, domicilio social del mismo y teléfono.
 - b) Identificación, en caso de estar diferenciada, de la unidad asistencia o servicio clínico que dé el alta.
 - c) Nombre, apellidos y rúbrica del médico responsable.
3. Referidos a la identificación del paciente:
 - a) Número de historia clínica del paciente y número de registro de entrada.
 - b) Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo del paciente, diferenciando sexo masculino (m) o femenino (f).
 - c) Domicilio postal del lugar habitual de residencia del paciente.
4. Referidos al proceso asistencial:
 - a) Día, mes y año de admisión.
 - b) Día, mes y año de alta.
 - c) Motivo del alta: Por curación o mejoría, alta voluntaria, fallecimiento, o traslado a otro Centro para diagnóstico y/o tratamiento.
 - d) Motivo inmediato del ingreso.
 - e) Resumen de la historia clínica y exploración física del paciente.
 - f) Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente, incluyendo, en su caso, los resultados de las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución del enfermo. En

caso de fallecimiento, si se hubiera realizado necropsia se expondrán los hallazgos más significativos de ésta, en un apartado específico.

g) Diagnóstico principal.

h) Otros diagnósticos, en su caso.

i) Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos, en su caso. En caso de parto, se especificará para cada producto de la concepción, su peso al nacer, sexo y estado natal del recién nacido.

j) Otros procedimientos significativos, en su caso.

k) Recomendaciones terapéuticas.

Artículo 4.

En el caso de que por algún motivo falten datos para entregar el informe de alta que contenga un diagnóstico definitivo, se elaborará un informe de alta provisional, que será sustituido en su día por el definitivo y remitido al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal. El informe de alta provisional contendrá los requisitos mínimos contemplados en el artículo 3.º de la presente Orden, con excepción de los puntos 4.d, 4.e y 4.f, siendo sustituido el punto 1.g por «diagnóstico provisional».

Artículo 5.

Una copia del informe de alta quedará archivada de tal manera que sea fácilmente localizable y relacionable por medio del Libro de Registro. Los datos contenidos en el Libro de Registro y referidos al alta se cumplimentarán a partir de los recogidos en el informe de alta, no pudiendo ser diferentes los datos que se reflejan en uno u otro documento.

Artículo 6.

Los Establecimientos Sanitarios podrán optar por suprimir la parte posterior o cara «B» de las actuales «fichas de enfermo», siempre que incluyan en la parte anterior o cara «A» de la mencionada «ficha de enfermo» la fecha del alta y el motivo del alta.

Artículo 7.

La Dirección del Establecimiento Sanitario o persona en la que esté delegada esta misión será responsable de garantizar el adecuado cumplimiento de esta Orden, velando por la confidencialidad de los datos de acuerdo a la normativa legal.

Artículo 8.

La cumplimentación de lo regulado en la presente Orden será requisito indispensable para el abono de conciertos por prestación

de servicios de hospitalización a la Seguridad Social.

Artículo 9.

El Organismo competente de la Comunidad Autónoma será responsable de velar por el cumplimiento de lo dispuesto en la presente Orden en los Establecimientos Sanitarios que radiquen en el ámbito de la Comunidad Autónoma correspondiente, realizando evaluaciones del Libro de Registro o informe de alta con una periodicidad mínima de una anual a dichos Establecimientos Sanitarios, y cuantas actividades sean necesarias para el desarrollo de la mencionada responsabilidad.

Artículo 10.

A los efectos previstos en esta Orden ministerial, se entenderá por:

1. Alta del Establecimiento Sanitario.

El paciente atendido deja de ocupar cama en el Establecimiento, bien sea por curación o mejoría (traslado a su domicilio o a un Centro para convalecientes o de cuidados mínimos), traslado a otro Centro para diagnóstico y/o fallecimiento u otras causas (alta voluntaria, etcétera). No se consideran pacientes los recién nacidos sanos.

2. Estancia.

Por estancia/día se entiende el conjunto de pernocta y el tiempo que correspondería a una comida principal (almuerzo o cena). Esta definición excluye las sesiones de diálisis como estancias, aunque se hayan producido por la noche.

3. Motivo de ingreso.

A efectos de lo que se debe consignar en el informe de alta se considerará como motivo de ingreso aquellos signos, síntomas o situaciones que, requiriendo asistencia, motivaron el ingreso (por ejemplo, fiebre, dolor torácico o politraumatismo por accidente de tráfico).

4. Diagnóstico principal.

Se considerará como principal la afección que después del estudio necesario se establece que fue causa del ingreso en el hospital de acuerdo con el criterio del servicio clínico o facultativo que atendió al enfermo, aunque durante su estancia hayan aparecido complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes, que se consignarán en el apartado de otros diagnósticos. No se incluye en esta definición la realización de técnicas, exploraciones o intervenciones quirúrgicas o de otro tipo. No se deberán utilizar epónimos para describir el diagnóstico principal, ni tampoco abreviaturas.

El diagnóstico principal quedará reflejado en el informe de alta, de manera que esté separado de los otros diagnósticos o procedimientos.

5. Otros diagnósticos.

Otras afecciones, manifestaciones o complicaciones presentes durante la estancia. Principalmente los que afectan al tratamiento recibido o la estancia. Se seguirán las mismas normas que en el punto 3.

6. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos.

Deben incluirse todas las operaciones quirúrgicas y obstétricas realizadas durante la estancia.

7. Estado vital del recién nacido.

Se considera recién nacido vivo a cualquier producto de la concepción con peso igual o superior a 500 gramos que, en el momento del alumbramiento, esté o no cortado el cordón umbilical, manifieste actividad motora o latidos cardíacos audibles.

En los productos de la concepción con peso superior a los 500 gramos, se diferencian las muertes fetales (anteriores al parto), intra-partum y neonatales (recién nacidos vivos fallecidos durante la primera semana de vida).

8. Otros procedimientos significativos.

Aquellos que requieran personal o medios especializados y que conlleven un determinado riesgo (cateterismo, colonoscopia, biopsia, etc.).

DISPOSICIÓN FINAL

Se concede un plazo de seis meses, a partir de la publicación de la presente Orden en el «Boletín Oficial del Estado», para que los Establecimientos Sanitarios con régimen de internado adecuen sus procedimientos a lo regulado en la presente Orden.