



MANUAL DE USO DE LA HISTORIA CLÍNICA OPTICO- OPTOMETRICA

EN ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE OPTICA

INDICE

- A) INTRODUCCIÓN.
- B) ESTRUCTURA Y ORDEN DEL CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA.
- C) PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.
- D) PROCEDIMIENTO PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y DOCUMENTOS A UTILIZAR.
- E) CONSERVACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.
- F) RESPONSABILIDADES DE SU CONSERVACIÓN Y UTILIZACIÓN.
- G) CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA.
- H) ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.
- I) MEDIDAS DE SEGURIDAD.

A) INTRODUCCIÓN.

Este manual pretende ajustar al establecimiento sanitario de Óptica (Óptica propiamente dicha, Gabinete Optométrico, consulta Optométrica, etc....) al Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes profesionales de la salud en materia de documentación clínica, norma que afecta a todo tipo de asistencia sanitaria, pública y privada, que se presenten en los centros sanitarios de la C.A. Vasca, **entre los que se encuentran los establecimientos sanitarios de Óptica en cualquiera de las modalidades de ejercicio profesional posible.**

¿Qué es la HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRICA?

La Historia Clínica Optométrica comprende el conjunto de documentos y registros informáticos relativos al proceso asistencial de cada persona/paciente, incluyendo su identificación, así como la de los profesionales sanitarios intervinientes.

La información recogida en la Historia clínica debe comprender los datos estrictamente necesarios y pertinente, a fin de que de acuerdo con el principio de calidad o proporcionalidad al que se refiere el artículo 4 LOPD, en ningún caso se recojan datos de las personas como pacientes que no resulten relevantes para facilitar su asistencia sanitaria ni aporten información veraz y actualizada acerca de su estado de salud.



La Historia clínica Optométrica recogerá, como mínimo, los siguientes datos:

1. Datos de identificación de la persona paciente
 - a) fecha de las prescripciones iniciales y sucesivas.
 - b) prescripción optométrica recibida y motivo de la misma
 - c) Identificación del óptico-optometrista que ha efectuado la prescripción.
 - d) Identificación del oftalmólogo que haya realizado el diagnóstico y/o las prescripción oftalmológica inicial, si la hubiera.
 - e) Agudeza visual
 - f) Fecha y características de la adaptación óptica realizada.
 - g) Pruebas complementarias.
 - h) Consentimientos informados, si procediera
 - i) Otra información clínica pertinente, si la hubiere.

B) PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

1. La Historia Clínica Optométrica de cada paciente será única y se identificará a través de un número único y excluyente para dicha persona.
2. El soporte de la Historia Clínica Optométrica se podrá elaborar en cualquier soporte documental, preferentemente electrónico si bien incluirá cualquier soporte de información generada (papel, digital, audiovisual,...) que garantice la continuidad asistencial.
3. El archivado de las historias clínicas Optométricas, cualquiera que sea su soporte se realizará de modo que garantice su seguridad, conservación adecuada y la recuperación de la misma.
4. Las pruebas optométricas complementarias deben identificarse igualmente con el número de la historia y fecha de la exploración.
5. La custodia de la Historia Clínica optométrica corresponde al establecimiento sanitario de Óptica.

C) PROCEDIMIENTO PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS OPTOMETRICA Y DOCUMENTOS A UTILIZAR.

1. La cumplimentación de la historia clínica relacionado con la asistencia de la persona paciente es un deber de las y los profesionales sanitarios que intervengan en ella.
2. Cuando participe más de un profesional sanitario, constarán individualizadas las acciones, intervenciones y prescripciones realizadas por cada uno de ellos.
3. Cualquier información incorporada a la historia clínica deberá ser firmada y fechada, de manera que se identifique claramente la persona que la realiza.



4. Las anotaciones subjetivas de las y los profesionales que intervengan en el proceso asistencial, los datos que afecten a la intimidad de las personas, sospecha de malos tratos y, en general, aquella información que no haya sido facilitada a la persona paciente debido a un estado acreditado de necesidad terapéutica, se identificarán de manera específica y se guardarán de modo individualizado respecto del resto de la información contenida en la historia clínica, todo ello con el fin de facilitar su disociación cuando ésta sea precisa.
 5. Se entenderán por **anotaciones subjetivas** las impresiones o valoraciones personales de las y los profesionales sanitarios no sustentadas directamente en datos objetivos o pruebas complementarias y que, en su criterio, resulten de interés para la atención sanitaria de la persona paciente.
 6. Las y los profesionales sanitarios **deberán abstenerse** de incluir expresiones, **comentarios o datos que no tengan relación con la asistencia sanitaria** de la persona paciente o que carezcan de valor sanitario.
7. **Consentimientos informados:** El consentimiento informado será verbal por regla general, y se recomienda prestarla por escrito en Adaptación de Lentes de contacto y Orto- K.

D) CONSERVACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

1. Obligación de conservar durante un periodo **mínimo de cinco (5) años** desde la fecha del alta de cada asistencia.
2. En caso de Soportes electrónicos, para garantizar su conservación, se realizarán **copias de seguridad periódicas.**
3. En cualquier proceso de traslación de la información de la historia clínica, desde su soporte original a otro soporte, y tanto si es digital como de otra naturaleza, **debe garantizarse** la inalterabilidad, autenticidad y perdurabilidad de la información asistencial registrada, así como la confidencialidad de los datos y de la información que contienen de acuerdo con la Lopd.

E).- OBLIGACIONES EN CASO DE CESE DE ACTIVIDAD.

El profesional Optico- Optometrista titular/propietario sigue sometido al plazo de conservación de 5 años así como a las exigencias legales hasta que no transcurra dicho plazo.

Si falleciera, sus herederos se subrogarán en las obligaciones de custodia y conservación señaladas hasta tanto pongan las historias clínicas a disposición del correspondiente Colegio Profesional.

Cuando el titular/propietario no es el profesional sanitario Optico- Optometrista, los titulares responsables garantizarán el mantenimiento del



acceso legalmente reconocido a las historias clínicas que se encuentren bajo su custodia.

F).- EXPURGO Y DESTRUCCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLINICA.

Una vez transcurridos los plazos legales de conservación se podrá realizar un proceso de expurgo de la documentación clínica, pudiéndose destruir los tipos documentales que procedan con excepción de los siguientes.

- a) Previo al expurgo o destrucción **se recabará la autorización de la Comisión de Valoración, Selección y Expurgo de Documentación Clínica** (en adelante COVSEDOC).
- b) Destrucción historia clínica:
 1. Transcurridos **10 años** desde el **fallecimiento** del paciente.
 2. Historia sin movimientos en **15 años**.

G).- RESPONSABILIDADES DE SU CONSERVACIÓN Y UTILIZACIÓN.

Cuando el o los Opticos- Optometristas son los titulares-propietarios: La custodia y archivo corresponde al propio Optico- Optometrista.

Cuando el titular no es profesional sanitario Optico- Optometrista: Los Opticos- Optometristas que realicen una labor asistencial podrán acceder a las historias clínicas y registrarán dicho acceso, fecha y justificación.

Si se trata de historias físicas, el titular- propietario se responsabilizará de la custodia de dichos documentos así como su debido archivo, bien de forma personal ó en quien deleguen.

H).- CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Se deberá garantizar la protección de los datos de carácter personal así como la custodia y confidencialidad de la información conforme a la LOPD.

Todos los Opticos- Optometristas y resto de personal que recopilen y procesen datos personales contenidos en la Historia Clínica están sujetos al mismo deber de secreto profesional.

Estas obligaciones subsistirán después de finalizar la relación con el paciente o con el establecimiento de Óptica tras finalizar su relación laboral con la misma.



El titular Optico- Optometrista o la dirección- propiedad del Establecimiento de Óptica serán responsables en su caso de velar por la confidencialidad, autenticidad, integridad y conservación de las mismas.

I).- ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

1. Acceso con fines asistenciales:

Podrán acceder los profesionales que tengan relación directa con la asistencia al paciente. Tanto los Opticos- Optometristas, como personal auxiliar bajo su dirección y vigilancia e incluso el personal administrativo, aunque con un acceso limitado en función de:

- tipo de datos
- profesión

2. Acceso del paciente a su historia clínica:

El paciente **tiene derecho a conocer en todo momento** a la persona profesional de la salud responsable de su diagnóstico y tratamiento, conocer su titulación y su colegiación, así como a obtener la información disponible sobre su salud con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la misma e incluso que se respete su derecho a no recibir información.

También, **recibirá del Optico- Optometrista**, una vez finalizado la atención optométrica, un informe clínico o certificado acreditativo de su estado visual, si así lo solicita.

Podrá, así mismo, **obtener copia de los datos que figuran en la historia clínica**, además de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a su historia clínica.

La información a la persona paciente presentará en general de forma oral y abarcará como mínimo la finalidad y la naturaleza de la actuación, así como sus riesgos y consecuencias. Se dejará constancia en la historia clínica de la información proporcionada, así como del documento en el que en su caso figure su renuncia a recibir información.

El **titular del derecho a la información es la persona paciente** o por representación debidamente acreditada. También serán informadas las personas vinculadas a ella, por razones familiares o de hecho, en la medida que lo permita de manera expresa o tácita.

En caso de **pacientes menores de 16 años de edad, sin emancipación**, el ejercicio del derecho de acceso a su historia clínica requerirá contar en todo caso con la autorización expresa de sus **progenitores o de sus representantes legales**. En caso de duda entre los intereses del o de la menor y los motivos de la persona solicitante, se actuará priorizando los intereses del o de la menor.



En caso de **pacientes con incapacidad judicial**, el acceso podrá hacerse por medio de la persona nombrada como su representante legal o tutor.

La solicitud será dirigida directamente a la persona responsable del Establecimiento de Óptica y se podrá formalizar especificando la información que se solicita y de qué tratamiento se trata.

La entrega se hará en un **plazo inferior a (30) treinta días desde la solicitud** y se realizará preferentemente de modo personalizado, dejando constancia de la misma, admitiéndose no obstante la remisión por correo cuando así se requiera en la solicitud y la naturaleza de la información lo permita.

En ningún caso se entregará documentación original de la historia clínica y la información que se proporcione, cualquiera que sea el soporte en que fuera facilitada, se dará de forma legible, en terminología normalizada y universal y sin utilización de símbolos o abreviaturas.

3. Acceso y cesión con otras finalidades sanitarias

Los centros sanitarios tienen la obligación de realizar toda cesión de información que les sea exigida bajo el amparo del interés público y mediante Resolución motivada del órgano responsable de salud pública del Departamento competente en sanidad, dirigida a la prevención o a la protección de la salud en situaciones de urgencia o de riesgo grave e inminente para la salud de las personas sin necesidad de consentimiento previo de las personas afectadas.

El acceso a la documentación de la historia clínica Optométrica de las personas fallecidas por terceras personas que acrediten su vinculación con aquéllas por razones familiares o de hecho, se podrá producir siempre que se justifiquen motivos por un riesgo para la propia salud de la persona solicitante y salvo que la persona fallecida lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En todo caso, el acceso se limitará a los datos pertinentes y no se facilitará información que afecte a la intimidad de la persona fallecida, ni a las anotaciones subjetivas de los y las profesionales que intervinieron, ni que perjudique a terceras personas.

4. Acceso por personal sanitario y cesión con finalidad distinta a la asistencial.

De conformidad con el artículo 16.5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación o planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones en relación con la comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos de la persona paciente o cualquier otra obligación del centro o servicio sanitario en relación con pacientes y personas usuarias o la propia Administración sanitaria.



El personal sanitario tendrá asimismo acceso a la historia clínica en el ejercicio de funciones con finalidad de gestión de los servicios sanitarios. Este tipo de accesos deberán limitarse estrictamente a los datos relacionados con dicha gestión, que podrá comprender identificaciones individualizadas, justificadas por criterios técnicos o científicos relacionados con la eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios.

La Administración sanitaria y sus correspondientes agentes en el ejercicio de la función de inspección a la que se refiere el presente artículo, podrán acceder a los archivos, recabar cuanta información precisen para el cumplimiento de sus cometidos y examinar los equipos físicos y lógicos utilizados y las instalaciones, todo ello de acuerdo con las facultades que les confiere la legislación correspondiente.

El acceso conforme a los procedimientos previstos en este artículo no requerirá el consentimiento previo de las personas afectadas y requerirá la solicitud a la persona responsable del centro o servicio sanitario, dejando constancia de la misma en todo caso, así como de las entregas que correspondan, que se desarrollarán en los plazos y conforme a las reglas operativas internas de las Instituciones concernidas.

5. Acceso por terceras personas con otras finalidades.

Se podrá también acceder a la historia clínica, con sujeción a lo previsto en las leyes, con fines de Investigación, Docencia, Estudio epidemiológico o de salud pública, – Dirección, planificación o programación del sistema sanitario, Facturación de servicios sanitarios ó judiciales preservando los datos de identificación personal de los de carácter clínico asistencial salvo que el interesado haya consentido no separarlos. A excepción de los supuestos legalmente previstos de investigación judicial en los que se considere imprescindible la unión de datos identificativos de la persona con los clínicos asistenciales.

El acceso en estos casos requerirá de la previa solicitud a la persona responsable del establecimiento sanitario de óptica, de la que quedará constancia, así como de las entregas que procedan.

J) MEDIDAS DE SEGURIDAD

El Optico- Optometrista responsable de la actividad asistencial o el titular/propietario del establecimiento de óptica si fuera distinto de aquel, serán responsables de la custodia y archivo de las Historias Clínicas, y cumplimiento de las exigencias previstas en la normativa de protección de datos (RD 1720/2007 DE 21 de diciembre y LOPD 15/1999, de 13 de diciembre.