

# **- División Arancelamiento -**

- Recupero del gasto en la atención de pacientes con cobertura social

**“BENEFICIA A TODOS”**

# Marco Legal

## Ley Básica de Salud CABA (Ley 153)

Los entes privados de financiación de salud, ya sean empresas de medicina prepaga, de seguros, aseguradoras de riesgos del trabajo, de medicina laboral, mutuales y entidades análogas, **deben abonar las prestaciones brindadas a sus adherentes por el subsector estatal de salud**; por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

# Marco Legal

---

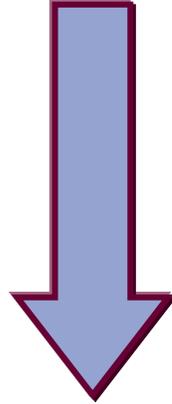
- **Ley CABA N°: 2808 / 2008**
- **Publicado en el B.O. CABA N° 3010 el 09-09-2008**
- **Cobro ejecutivo a obras sociales o privadas por prestaciones, brindado a personas por el G.C.B.A.**

# Marco Legal

## Ley 2808 CABA

- **Art 3** : “...los entes deberán satisfacer el pago total de las prestaciones brindadas dentro de los 30 días corridos, de presentada la liquidación mensual...”
- **Art 4** : “...los entes podrán realizar observaciones y reclamos **dentro de los 10 días de recibida la documentación...**”

# **Para lograr el objetivo**



**Es necesario contar con  
la DOCUMENTACION y  
REGISTROS de la  
Historia Clínica  
completos en tiempo y  
forma**

# **Documentación requerida para alcanzar el objetivo**

- **Formulario D.105**
- **Hoja de Identificación Completa en todos sus campos**
- **Resumen de Historia Clínica**
- **Epicrisis**



# Hoja de Identificación

G. C. B. A.		IDENTIFICACION				DIA	MES	AÑO
APELLIDO (Si es mujer usar exclusivamente el de soltera) XXXXXXXXXX		NOMBRES XXXXXXXX XXXXXXXX						
SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL XXXXXXXXXX	FECHA DE NACIMIENTO 18/08/95		NACIONALIDAD XXXXXXXXXXXX				
DOCUMENTOS C1 <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/>	DOMICILIO XXXXXXXXXXXX 0000			TELEFONO 00000000				
N° 00000000	PUEBLO o CIUDAD CABA		PROVINCIA					
PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA								
APELLIDO XXXXXXXXXXXX		NOMBRES XXXXXXXXXXXX						
DOMICILIO XXXXXXXXXXXX 0000			TELEFONO 00000000					
N°		PUEBLO o CIUDAD CABA		PROVINCIA				
PARA REINGRESOS CON CAMBIO DE DOMICILIO								
PRIMER CAMBIO	DOMICILIO			TELEFONO				
FECHA	PUEBLO o CIUDAD			PROVINCIA				
SEGUNDO CAMBIO	DOMICILIO			TELEFONO				
FECHA	PUEBLO o CIUDAD			PROVINCIA				
RESUMEN DE DIAGNOSTICOS								
FECHA DE INGRESO	SERVICIO	INTERNACION	CODIGO	FECHA DE EGRESO	FIRMA ACLARADA DEL PROFESIONAL			
9/11/10	Cirugia General	DIAGNOSTICO		13/11/10	XXXXXXXX			
		Colecistitis						
		INTERVENCION QUIRURGICA						
		Colecistectomia ( 11/11/10)						

**Campos que deben ser completados por el médico al momento del alta**

# Resumen de Historia Clínica

G.C.S.A.		RESUMEN DE HISTORIA CLINICA			N°		
				Dia	Mes	Año	
Nombre y Apellido Paciente:				Afiliado N°:			
Obra Social:				RNOS N°:			
1. Motivo de internación:							
2. Antecedentes - Síntomas y signos hallados:							
3. Exámenes diagnósticos significativos:							
4. Resultados de las interconsultas efectuadas:							
5. Tratamiento:							
a) médico:							
b) quirúrgico:							
c) anestesia:							
6. Evolución clínica del paciente:							
7. Complicaciones y/o Intercurrencias:							
8. Condiciones al egreso:							
9. Evolución del recién nacido:							
N° Rx <input type="text"/>		N° Examen Laboratorio <input type="text"/>		Exámenes complementarios:			
Médico Tratante:				Cirujano:			
Apellido y Nombres:				Apellido y Nombres:			
Matr. N°:				Matr. N°: RNP N°			

**Todos sus campos deben ser completados por el médico al momento del alta**

# Epicrisis

 G. C. B. A.	<b>HOJA DE EPICRISIS</b>		
PACIENTE		H.C. N°	
Servicio de Egreso:	Cama	Fecha Ingreso	Fecha Egreso
Diagnóstico Presuntivo:			
Tratamiento:			
Operaciones:			
Historia Abreviada:			
Enfermedad Actual:			
Antecedentes Familiares de Importancia:			
Hallazgos de/ Exámen Físico:			
Exámenes Diagnósticos Significativos:			
Resultados de las Interconsultas:			
Evolución Clínica del Paciente:			

**Todos sus campos deben ser completados por el médico al momento del alta**





# HISTORIA CLÍNICA

- Asentar cada registro con el día y la hora
- Escribir en forma clara y legible
- Presencia de Consentimiento Informado debidamente cumplimentado (Resol. M.S. N° 356/09).
- Asentar la hora de alta.
- Firmar y aclarar todas las intervenciones
- Acordar el uso de siglas y abreviaturas
- Evitar al máximo el uso de nombres propios
- Definir la entidad nosológica (*desde la orden de internación*)
- Identificación en todas las hojas (Apellido, Nombre N° HC)
- Incorporar todos los informes originales
- Incorporar las hojas de indicaciones médicas y de enfermería
- Ordenar **cronológicamente** al momento del alta para su archivo (48 hs)

# HISTORIA CLINICA : LEGIBILIDAD

 G.C.B.A.	<b>HOJA DE EPICRISIS</b>		
PACIENTE XXXXXXXXX XXXXXXXX		H.C. N° XXXXXXXX	
Servicio de Egreso:	Cama	Fecha Ingreso	Fecha Egreso
OYT	1952	25/4/11	26/4/11
Intolerancia material pierna derecha			

**“Intolerancia material pierna derecha”**

# División Arancelamiento

---

- Ubicación dentro del hospital: En la planta baja, en el pasillo ubicado a la derecha del hall central, ingresando por Urquiza.
- De lunes a viernes de 8 a 13 hs
- Interno 291