

EXPEDIENTE CLINICO Y OTROS DOCUMENTOS MEDICOLEGALES.

Dr. Hugo Eduardo Carvajal Oviedo.

Médico Cirujano.

Jefe del Servicio de Medicina Legal del Departamento de Urgencia del Hospital Santa Barbará.

Abog. Verónica Poppe Mujica.

Máster en Sociología

Diplomado de Ciencia Forense e Investigación en la Escena del Crimen

Dr. Wilfredo Felipe Campos Villegas

Jefe Departamento de Emergencias Hospital Santa Barbará

Cirujano General

Docente Cirugía 1 Carrera de Medicina U.M.R.P.S.F.X.CH.

Palabras clave: expediente clínico, documentos médico- legales, auditoria médica y peritaje médico legal.

Keywords: medical records, medical-legal documents, medicalaudit andforensicexpertise.

RESUMEN

El propósito del presente artículo, plantea dar a conocer, desde un punto de vista muy general, el documento básico de la praxis médico-asistencial, con el que se va a encontrar el responsable de estadística que realice labor en un centro sanitario. Tratamos sobre expedientes clínicos y otros documentos medico legales, que dentro de la tipología documental médico- asistencial, son quizás, los documentos más importantes de todos los que se manejan en el sistema de salud público y privado.

Los documentos medico legales son todas las actuaciones escritas que utiliza el médico (a) en sus relaciones profesionales con las autoridades, los organismos, las instituciones, pacientes y otros. A este grupo pertenecen aquellos documentos que no adquieren valor probatorio en el mismo acto de originarse, sino con posterioridad, en

virtud de diferentes causas que sobrevienen a ellos. Los principales tipos de informes son: a) Certificados, b) La consulta, c) El dictamen d) Expediente Clínico (Historia Clínica) y e) Receta Médica.

Al segundo grupo pertenecen los documentos creados con el único objetivo de que sirvan como elemento probatorio en un posible litigio. Los principales son: el certificado de defunción forense y el dictamen pericial médico legal.

La auditoría médica es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente, referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud. La auditoría médica será realizada exclusivamente por profesionales médicos debidamente acreditados como Auditores Médicos por el Ministerio de Salud y Deportes en coordinación con el Colegio

Médico de Bolivia; mientras que el peritaje médico legal, será ordenado a través de requerimiento fiscal y orden judicial; la pericia tiene la función de descubrir o valorar un elemento de prueba. Por lo tanto no se debe usar el término de Auditoría Médica, como sinónimo de Peritaje Médico Legal, asimismo deberá tomarse en cuenta que la auditoria médica forense propiamente dicha, no existe.

SUMMARY

The purpose of this article, give out raises, from a very general point of view, the basic document of the medical-care practice, in which to find statistic all yresponsible for performing workin a health center. We discussed clinical medical records and other legal documents, in the medical-

care document type, are perhaps the most important of all documents that are handled in the system of public and private health.

The medico legal documents are all gmedical actions(a) in their professional relations with the authorities, agencies, institutions, patients and others. This group includes those documents that do not acquire evidence in the very act of incurred, but later, under different causes that befall them. The main types of reports are: a) Certificates, b) Consultation, c) The opinion d) Health e) (Clinical History) e) Prescription.

The second group includes documents created with the sole purpose of serving as evidence in possible litigation. The main ones are: the death certificate of forensic and legal medical expert opinion.

Medical audit is an analytical, evaluative, technical procedure of both preventive and corrective, in order to give an independent certification regarding the medical procedure and the management of quality health services. Medical audit will be carried out only by medical professionals duly accredited Medical Auditors by the Ministry of Health and Sports in coordination with the Medical College of Bolivia, while the legal medical expert, will be ordered through tax demand and warrant; expertise serves to discover or evaluate a piece of evidence. There for e you should not use the term Medical Audit, as a synonym for Forensic Evaluations or should be noted that the medical forensic audit itself does not exist.

1. INTRODUCCION.

Los documentos medico legales son todas las actuaciones escritas que utiliza el médico (a) en sus relaciones profesionales con las autoridades, los organismos, las instituciones o con cualquier persona. Son variadas en su estructura y finalidad, deben caracterizarse por un estilo claro, sencillo y conciso con la finalidad que facilite su comprensión por quienes deben recibirlos, y que habitualmente no son profesionales en salud.

Ante situaciones judiciales son útiles "pruebas documentales". Dentro de la prueba documental se distinguen dos grupos de pruebas:

1. prueba preconstituida,

2. prueba que inicialmente no tiene ese carácter.

Al primer grupo pertenecen los documentos creados con el único objetivo de que sirvan como elemento probatorio en un posible litigio. Al segundo grupo pertenecen aquellos documentos que no adquieren valor probatorio en el mismo acto de originarse, sino con posterioridad, en virtud de diferentes causas que sobrevienen a ellos. Dentro del primer grupo está el informe médico-legal y dentro del segundo, la historia clínica.

El acto médico, se lo define como toda atención profesional del médico, respaldada por protocolos y normativa vigente con calidad y calidez humana. La atención de salud, es toda acción, que respaldada por normas y protocolos, realiza el personal que se desempeña en los establecimientos de salud. Los servicios de salud, es todo aquel servicio que brinda a la población, la institución prestadora de servicios de salud. El establecimiento de salud, es la unidad funcional destinada al cuidado y a la atención de salud del paciente, familia y comunidad de manera integral, intercultural y de equidad de género y generacional, a través de la educación, promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que cuenta con la infraestructura física, equipamiento, recursos humanos e insumos, de acuerdo al nivel de atención, grado de complejidad y prestación de servicios que cumple (1) (2).

Lex Artis Medicae: es la ciencia y el arte que de acuerdo con los avances técnicos y científicos de la medicina, reconocidos y validados por la comunidad médica internacional, aplica y ejerce el profesional médico después de un proceso formal de capacitación superior universitaria.

El peritaje médico, es la evaluación médico científica y técnica de las condicionantes relacionadas con un hecho cuestionado, realizado por médicos reconocidos y designados por autoridad competente. El secreto médico,

toda información identificada durante el acto médico sobre el estado de salud o enfermedad del paciente, su tratamiento y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, inclusive después de su muerte, para salvaguarda de la dignidad del paciente.

La iatrogenia, resultado inesperado de la aplicación de técnicas y fármacos. La idiosincrasia, resultado no previsible de la aplicación de fármacos, dependiente de factores propios de la persona (3).

Las siguientes actividades están relacionadas con el ejercicio profesional (4):

- a) Medicina Forense,
- b) Peritaje,
- c) Auditoria Médica, y;
- d) Otras de igual naturaleza.

Los Documentos Médicos Oficiales, bajo el resguardo y custodia del establecimiento de salud son de uso exclusivo del médico, siendo los siguientes (5):

- a) Expediente médico.
- b) Historia clínica.
- c) Consentimiento informado.
- d) Informes de procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- e) Certificado médico.
- f) Informes médicos.
- g) Certificado de mortinato.
- h) Certificado de nacido vivo.
- i) Certificado de defunción.
- j) Protocolo de autopsia.
- k) Informe pericial.
- l) Hoja anestésica.
- m) Interconsultas.
- n) Descripción del procedimiento quirúrgico.
- o) Epicrisis.
- p) Transferencias.
- q) Informes médicos legales.
- r) Recetas médicas.

Otra forma de clasificación de los documentos medico legales, existen los escritos y los iconográficos, que definimos a continuación:

Los documentos escritos del expediente clínico, ya sea manualmente o mediante cualquier recurso técnico. Los documentos iconográficos del expediente clínico que muestra una imagen, grafica, dibujo, fotografía, radiografía, tomografía, ecografía, gammagrafía y lamina histopatológica.

El Consentimiento informado, tiene que ver con el proceso de recibir información suficiente y clara un sobre un determinado procedimiento terapéutico o diagnóstico, entender esa información y, como consecuencia, tomar una decisión libre de aceptación o rechazo.

El consentimiento informado es una herramienta. Expresa el curso de voluntades debidamente conocedoras, competentes y autónomas que deciden contribuir a un procedimiento científico con protección social. Constituye el soporte documental que verifica que el paciente (o su representante legal), ha recibido y entendido la información facilitada por el médico, el odontólogo, el profesional el técnico encargado del procedimiento diagnóstico o terapéutico.

2. DOCUMENTOS MEDICOS, CON VALOR PROBATORIO POSTERIOR.

Es el medio a través del cual el médico hace efectiva su colaboración con la administración de justicia.

Los principales tipos de informes son: a) certificado, b) la consulta, c) el dictamen d) Expediente Clínico (Historia Clínica) y e) Receta Médica.

2.1. CERTIFICADO MEDICO:

Es un documento que da constancia escrita de un hecho o hechos que el médico (a) ha comprobado con base en exámenes clínicos, de laboratorio o en otros estudios profesionales realizados al paciente, o por haber sido testigo de la enfermedad.

Otra definición, es el informe médico emitido en un formulario expreso del Colegio Médico de Bolivia, solicitado por el paciente o por su representante legal, a cualquiera de los profesionales médicos que lo hubiese tratado, como efecto de su estado salud enfermedad actual o pasado (6).

Este documento posee dos características medico legales:

En nuestro país se extiende en fórmulas impresas por el Colegio

No va dirigido a nadie en particular

El médico queda relevado del secreto profesional al sersolicitado por la parte interesada (el paciente).

Médico Nacional, se debe llenar de la siguiente manera:

1. Escribir el lugar y la fecha de emisión del certificado médico.
2. Se debe escribir el nombre completo del profesional quien realiza el certificado.
3. Se debe colocar el número de la matricula profesional, otorgada por el Ministerio de Salud.
4. De igual manera escribir la matricula del Colegio Médico Departamental donde ejerce el profesional que emite el certificado médico.
5. En el texto se puede iniciar... Certifica que:
6. Continuar con el inicio del certificado, redactando por ejemplo: Haber realizado el examen físico al Sr. (a) <nombre completo del paciente>, la edad, según la cédula de identidad, la fecha y la hora de realizado el examen clínico.
7. Inicio del cuerpo del certificado propiamente dicho: incluir todos la signosintomatología positiva y los no encontrados (importantes), siguiendo el orden anatómico.
 - a) Si bien se debe utilizar nomenclatura médica, debe ser claro y entendible para todos (médicos y los que no lo son).
 - b) En lo posible a máquina de escribir u ordenador, si se contará. De lo contrario redactar a mano con letra legible y clara (de preferencia en imprenta).

Lugar y la fecha de emisión del certificado médico.

Nombre completo del profesional quien realiza el certificado.

Número de la matricula profesional, otorgada por el Ministerio de Salud y **número matricula del Colegio Médico Departamental** donde ejerce el profesional que emite el certificado médico.

El **texto** se puede iniciar... *Certifica que:.... Haber realizado el examen físico al Sr. (a) <nombre completo del paciente>, la edad, según la cédula de identidad, la fecha y la hora de realizado el examen clínico.*

Cuerpo del certificado propiamente dicho: incluir la **signosintomatología encontrada y los no encontrados (importantes)**, siguiendo el orden anatómico, y establecerse uno o más diagnósticos (presuntivos y/o de certeza según se cuente con la evidencia y dentro del marco de la CIE-10).

Firma y sello del profesional que otorga el certificado médico.

8. Se concluye con la firma y sello del profesional que otorga el certificado médico.

Se conoce también como opinión, se trata de un informe breve, que puede expresarse de modo verbal o escrito, se extiende a solicitud de autoridad judicial o de alguna de las partes. Tiene como objetivo valorar o estimar algún aspecto referente a personas o hechos. En el tema de violencia intrafamiliar, de acuerdo a la Ley 348, tanto el personal de salud (no médicos) y sanitarios pueden hacer un informe, que tiene valor legal.

2.3. BASES LEGALES DEL CERTIFICADO MEDICO Y CONSULTA:

Según el Art. 201. Falsedad ideológica en Certificado Médico. El médico que diere un certificado falso, referente a la existencia o inexistencia de alguna enfermedad o lesión, será sancionado con reclusión de un mes a un año y multa de treinta a cien días.

Si el falso certificado tuviere consecuencia que una persona sana sea internada en un manicomio o casa de salud, será sancionado con reclusión de seis meses a dos años y multa de treinta a cien días (7).

Con el propósito de dar la celeridad, oportunidad y calidad a la atención de las víctimas de violencia, es imperativo, que se aplique a cabalidad el siguiente artículo de la Ley 348- Ley Integral para garantizar a las mujeres una Vida Libre de Violencia", indica (8):

Artículo 65 Certificados Médicos.- "Para establecer el estado físico de la mujer que hubiera sufrido una agresión física o sexual, cualquier profesional de salud que preste servicios en instituciones públicas o privadas acreditadas deberá extender un certificado médico, de acuerdo al protocolo único de salud integrado al formulario único que se establezca. Para fines judiciales, este certificado médico se lo tendrá como un indicio respecto a los delitos establecidos en la presente Ley, una vez homologado, adquirirá valor probatorio.

El certificado deberá ser homologado por un experto o una experta forense, quien deberá entrevistar en primera instancia

a la o el profesional que extendió el certificado, y solamente en caso de que exista necesidad fundada e ineludible, podrá practicar otro examen médico a la mujer."

De esta manera se evita que la víctima sufra el proceso de re- victimización que inicia cuando la fuerza especial de lucha contra la violencia (ex - Brigada de Protección a la Familia) se hace cargo de su caso, le toma la denuncia, la lleva a un centro de salud donde la víctima debe responder las mismas preguntas que con fines de diagnóstico y valoración del daño corporal de las lesiones le realizará el personal de salud, finalmente el médico forense volverá a realizar la revisión física para determinar los días de incapacidad y nuevamente será sometida al cuestionario que en este caso estaría respondiendo por tercer vez.

Más al contrario si el espíritu de la Ley 348, es aplicado como indica su artículo 65, se podrían reducir mucho las instancias y la víctima tendría una atención inmediata, adecuada y no tendría que ser sometida a la re- victimización que significa una doble revisión física y una triple declaración de los hechos relacionados con el proceso violento sufrido. Las instituciones de salud, contarían con informes médicos completos que serían directamente informados por el médico tratante al médico forense, lo cual garantizaría detalles técnicos que podrían ayudar a la investigación y el esclarecimiento del caso, sin estas etapas de daño psicológico a las que ahora es sometida la víctima.

2.4. DICTAMENMEDICO:

Es un informe propiamente dicho, informe pericial, experticia o pericia. Es un documento emitido por orden de la autoridad judicial para que el perito (él medico (general o de cualquier especialidad) puede ser llamado como perito por autoridad competente) lo ilustre acerca de los aspectos médicos en hechos judiciales o administrativos (9).

Consta de las siguientes partes:

- Preámbulo. Que contiene el nombre, título y lugar de residencia del perito,

autoridad judicial que solicita la pericia; tipo de asunto y nombre de las partes, objetivo de la pericia.

- Exposición. Contiene la relación y descripción de los objetos, personas o hechos acerca de los cuales debe informarse; descripción de las técnicas empleadas por el perito y de los resultados obtenidos.
- Discusión. Es la evaluación mediante un razonamiento lógico y claro en el que se relacionan los elementos estudiados con las conclusiones a que se llega una vez efectuado el estudio.
- Conclusiones. Deben sintetizar la opinión del perito, de modo concreto y breve y, si es posible, categórico también.
- Fórmula final. Puede utilizarse alguna de estas expresiones: "A la disposición del señor Juez, para cualquier información adicional que considere pertinente" o "Es cuanto puedo manifestar en cumplimiento de la misión que me ha sido encomendada", la fórmula final incluye la firma del médico.

A su vez, el dictamen puede, originar de oficio o a solicitud de parte, dos subtipos de informes: aclaración y ampliación.

La aclaración tiene el propósito de una mayor o mejor explicación de aspectos que no se entendieron adecuadamente. El perito no debe abusar de términos técnicos, y cuando es indispensable su empleo, debe explicarlos en su acepción particular.

La ampliación tiene por finalidad que el perito profundice en aspectos en los que fue omiso o demasiado parco.

2.5. EXPEDIENTE CLINICO:

El expediente clínico es el conjunto documental básico y fundamental para el registro de las características del proceso salud- enfermedad que se presenta en un determinado paciente, sirviendo además de instrumento testimonial que evalúa las condiciones de funcionamiento de cualquier servicio de salud. Su interpretación y análisis tienen su aplicación polivalente, ya sea en lo puramente clínico- nosológico, en lo académico, investigativo, epidemiológico, estadístico, administrativo,

ético y jurídico. Teniendo como objetivo de proteger la salud de la población y promover la excelencia en la elaboración y utilización del Expediente Clínico, que es uno de los indicadores más confiables para constatar la calidad en la presentación de los servicios de salud (10).

El expediente clínico, es el conjunto de documentos escritos e iconográficos evaluables que constituyen el historial clínico de una persona que ha recibido o recibe atención en su establecimiento de salud. Su manejo debe ser escrupuloso porque en él se encuentran todos los datos que nos permiten encarar de la mejor manera el estado de salud-enfermedad del paciente y su respectivo tratamiento (11).

Para que el expediente clínico, sea un instrumento de interpretación y uso confiable, debe cumplir con las siguientes condiciones básicas (12):

- Veracidad.
- Carácter científico.
- Integridad.
- Sujeción a la norma.
- Secuencialidad.
- Disponibilidad.
- Exclusividad.
- Unicidad.
- Codificación.

En virtud de la mayor precisión posible, dentro de los múltiples usos y aplicaciones del expediente clínico, es necesario definir sus finalidades, siendo las siguientes (13):

- Asistencial.
- Docencia.
- Investigación.
- Gestión y planificación de recursos.
- Información.
- Administración.
- Jurídica Legal.
- Control de calidad asistencial.
- Comunicación.

Según los tipos de expediente clínico se los puede clasificar en:

1. Expediente Clínico de Hospitalización: Es el que incluye todos los documentos relacionados con la enfermedad del paciente en el proceso de consulta externa y hospitalización,

a la cual se agregan los documentos de alta, una vez que se cumple la misma, lo conforman (14):

- a) Historia clínica propiamente dicha: datos generales y aspectos técnicos médicos.
- b) Formulario de consentimiento informado.
- c) Ordenes médicas.
- d) Notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica.
- e) Informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica.
- f) Elementos quirúrgicos: nota preoperatoria, protocolos quirúrgicos, nota pos- operatoria.
- g) Elementos de anestesia: nota pre-anestésica, protocolo de procedimiento anestésico u hoja de registro anestésico, nota pos- anestésica, nota de recuperación.
- h) Elementos de enfermería: notas de tratamiento y medicamentos administrados, hoja de evolución de enfermería, Kardex de enfermería, hoja de control de líquidos administrados y eliminados.
- i) Epicrisis.
- j) Documentos administrativos: nota de ingreso o admisión, nota de egreso o nota de alta (alta solicitada, transferencia), nota de referencia y Contrarreferencia, informe de emergencias.
- k) Documentos adicionales: Protocolo de autopsia, certificado de defunción (copia), informe de auditoría médica especial o inducida, ficha social, autorización temporal, certificado médico (copia), recetas, formulario o fichas de programas específicos cuando corresponda (programa TB, ITS, quimioterapia, AIEPI, desnutrición, historia clínica perinatal y otros).

2. Expediente Clínico de Consulta Externa:

Este incluye a todos los documentos relacionados con la enfermedad del paciente en el proceso de consulta externa realizado en el establecimiento, con o sin hospitalización. En el caso de derivación de otro establecimiento, para que se cumpla la consulta o consultas, contara con la respectiva

documentación de referencia, y de darse el caso, copias de la documentación de resolución o contrarreferencias remitida al establecimiento de origen, la conforman (15):

- a) Historia clínica propiamente dicha: datos generales y aspectos técnicos médicos.
- b) Formulario de consentimiento informado.
- c) Ordenes médicas.
- d) Notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica.
- e) Informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica.
- f) Elementos de enfermería.
- g) Resúmenes de atención, orientación y prescripción del paciente.
- h) Documentos administrativos.
- i) Documentos adicionales: Protocolo de autopsia, certificado de defunción (copia), informe de auditoría médica especial o inducida, ficha social, autorización temporal, certificado médico (copia), recetas, formulario o fichas de programas específicos cuando corresponda (programa TB, ITS, quimioterapia, AIEPI, desnutrición, historia clínica perinatal y otros).

3. Expediente Clínico de Consulta de Emergencia:

Incluye todos los documentos relacionados con la atención y hospitalización del paciente, por el tiempo que permaneció internado en el Servicio o Unidad de Emergencias o Urgencias del Establecimiento, incorporando la documentación referida al alta, referencia a otro servicio de internación (ya sea del propio establecimiento o de otro) y el certificado de defunción en caso de fallecimiento del paciente; lo conforman (16):

- a) Historia clínica propiamente dicha: datos generales y aspectos técnicos médicos.
- b) Formulario de consentimiento informado.
- c) Ordenes médicas.
- d) Notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica.

- e) Informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica.
- f) Elementos de enfermería: notas de tratamiento y medicamentos administrados, hoja de evolución de enfermería, Kardex de enfermería, hoja de control de líquidos administrados y eliminados.
- g) Resúmenes de atención, orientación y prescripción del paciente.
- h) Documentos administrativos: nota de ingreso o admisión, nota de egreso o nota de alta (alta solicitada, transferencia), nota de referencia y Contrarreferencia, informe de emergencias.
- i) Documentos adicionales: Protocolo de autopsia, certificado de defunción (copia), informe de auditoría médica especial o inducida, ficha social, autorización temporal, certificado médico (copia), recetas, formulario o fichas de programas específicos cuando corresponda (programa TB, ITS, quimioterapia, AIEPI, desnutrición, historia clínica perinatal y otros).

El contenido del expediente clínico, está conformado por tres partes: contenido general, contenido específico y contenido adicional, detallaremos a continuación:

1. Contenido general: Está formado por dos partes la asistencial y la administrativa (17).

- a) El contenido asistencial incluye todos los documentos referidos al proceso salud enfermedad de la persona, durante la consulta, hospitalización y seguimiento ambulatorio, avalados por quienes participan en su atención.
- b) El contenido administrativo proporciona datos generales que permiten identificar en forma sencilla cada paciente, son los siguientes: número del expediente clínico, fecha de ingreso, hora, nombre, ocupación, edad, fecha y lugar de nacimiento, sexo, raza, lugar de procedencia, domicilio, ocupación, teléfono (fijo o móvil), datos de los padres, familiar o persona responsable, seguro médico (si contase con uno), servicio o unidad de hospitalización y Nro. de cama ocupada; se incorpora documentos administrativos.

2. Contenido Específico: Está formado por (18):

- a) Papeleta de información.
- b) Nota de internación.
- c) Grafica de registro de signos vitales
- d) Historia Clínica.
- e) Consentimiento Informado.
- f) Informe de exámenes complementarios.
- g) Notas de evolución.
- h) Interconsultas.
- i) Notas de informe profesional.
- j) Documentos quirúrgicos.
- i) Protocolo quirúrgico.
 - ii.- Registro quirúrgico.
- k) Documentos de anestesiología.
 - i.- Notas pre anestésica.
 - ii.-Protocolo del procedimiento de anestesia.
 - iii. Nota de recuperación anestésica
- l) Notas de Indicaciones medicas
- m) Documentos de enfermería.
 - i.- Notas de evolución de enfermería.
 - ii.-Notas de registro de enfermería.
- n) Epicrisis.
- o) Informe de Emergencia.

3. Contenido Adicional: Está formado por (19):

- a) Notas de referencia, resolución, Contrarreferencia.
- b) Protocolo de necropsia (autopsia).
- c) Certificado de defunción.
- d) Informe de auditoría médica.
- e) Autorización de salida temporal.
- f) Certificado médico.
- g) Formulación o fichas de programas específicos.
- h) Fichas de trabajo social.
- i) Recetas.

2.6. HISTORIA CLÍNICA:

Es un documento de valor médico y de potencial valor legal. Se considera completa cuando contiene suficiente información acerca de los acontecimientos que justifiquen el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final.

“Siempre debe estar escrita con letra clara y legible, en toda su estructura”.

Es el documento central del expediente clínico, que nos señala los datos generales del paciente y sus antecedentes personales, familiares, no patológicos, patológicos y ginecobstétricos en el caso de ser mujer; describe las condiciones actuales de su estado de salud-

enfermedad, investigadas y recogidas a través de la anamnesis o interrogatorio y el examen físico general y segmentario o regional. Concluye estableciendo el diagnóstico presuntivo, diagnósticos diferenciales y una propuesta de conducta terapéutica.

El responsable para su elaboración, dentro de las 8 horas de transcurridas la hospitalización, es el médico tratante. En los hospitales de enseñanza, la Historia Clínica puede ser elaborada por delegación del médico tratante al médico residente de la unidad o servicio donde se hospitalizo al paciente, o por el estudiante de último año que se encuentra en cumplimiento su internado rotatorio, bajo supervisión y revisión del médico de planta, quien necesariamente dará su conformidad, estampando su nombre, sello y firma al pie del documento (20). Debe estar escrita con letra legible, y debe instruirse al recurso humano involucrados (médicos, enfermeras, auxiliares, otro personal como nutricionistas, etc.) en la elaboración del archivo clínico sobre la necesidad de insertar al mismo actualización de nombres y apellidos completos y firmas. Es necesario que el archivo clínico tenga buena organización y niveles de pulcritud, sin manchas o borrones. El médico debe firmar todas las actualizaciones.

2.6.1. Aspectos Legales:

La historia clínica es un documento de valor legal potencial, es propiedad del hospital y se elabora y conserva para beneficio del enfermo. Sin embargo, su contenido pertenece exclusivamente al paciente, porque se trata de información personal. De ahí que se considere totalmente confidencial y privada.

Considerando su potencial valor legal, La historia clínica debe estar escrita con letra clara y legible, en toda su estructura

En consecuencia, el hospital puede expedir copias o resúmenes (Epicrisis) de las historias clínicas únicamente en los siguientes casos:

- Por orden judicial.
- A solicitud del paciente, con autorización escrita de un médico.
- A solicitud escrita de un médico:
- Para continuar el tratamiento del paciente.
- Con fines estrictamente científicos. En esta eventualidad se debe respetar el derecho a la confidencia, manteniendo el caso bajo anonimato.
- A solicitud de una institución de seguros mediante petición escrita y autorización firmada por el asegurado.

2.6.2. Valor Probatorio De La Historia Clínica:

Probar significa demostrar la existencia de los hechos afirmados por la partes, es decir, examinar los hechos expuestos a la luz de los elementos de convicción que se lleven al proceso. La historia Clínica, especialmente en los procesos por ejercicio inadecuado de la medicina constituyen una importante prueba documental, ya sea de cargo o de descargo.

Si bien no se elabora originalmente, como elemento probatorio, la historia clínica este carácter cuando surge el conflicto médico legal. En ocasiones constituye prueba por sí mismo cuando a través de ella se evidencia impericia, negligencia, imprudencia o inobservancia de reglamentos por parte del médico, como causa generadora del daño al paciente. En otros casos solamente tiene carácter de indicio, porque en ella no se observa, deduce o denota error alguno.

Por ser instrumento científico que en la mayoría de las ocasiones escapa a la comprensión del juez, la historia clínica requiere una interpretación o "traducción" por parte del médico legista para que aquél pueda entenderla y otorgarle a los hechos en ella contenidos su real valor probatorio.

2.7. RECETA MÉDICA:

La receta o prescripción médica constituye el documento legal que

avala la dispensación bajo prescripción facultativa. Su fin es terapéutico y la emite el médico tratante o interconsultado, en un formulario institucional expreso, que debe ser llenado en letra claramente legible, consignado los siguientes datos (21):

1. Nombre completo del paciente.
2. Nombre genérico del medicamento prescrito.
3. Vía y cuidados especiales para la administración.
4. Concentración y dosificación.
5. Frecuencia de administración en 24 horas.
6. Duración del tratamiento.
7. Precauciones especiales para la administración del producto o productos prescritos.
8. Indicaciones especiales para el paciente.
9. Datos de identificación del prescriptor (nombre completo, firma, matrícula profesional y del CMB).

La prescripción, termino referido a las indicaciones que los profesionales o técnicos a cargo del paciente, anotan en el expediente clínico para su correspondiente tratamiento, ya sean con fines diagnósticos o de terapéutica. Es extensivo a las indicaciones que pueden anotarse en las Epicrisis del expediente clínico, certificados médicos, informes o recetas, deben ser claramente informadas y explicadas al paciente, para su cabal cumplimiento.

La proscripción, termino referido a las prohibiciones o contraindicaciones que establecen los profesionales o técnicos a cargo del paciente, durante su atención o tratamiento. Al igual que la prescripción, deben ser claramente informadas y explicadas al paciente, para su cabal cumplimiento (22).

Prevía verificación con enfermería de la fecha de vigencia de los fármacos a ser administrados, la prescripción de dichos fármacos debe señalar necesariamente:

1. Nombre genérico del medicamento.
2. Forma de presentación.
3. Dosis.
4. Vía y cuidados especiales para la administración, para aquellos fármacos que pudieran provocar reacciones alérgicas u otras formas

de intolerancia o complicación, que estuviesen conocidas y advertidas por la literatura científica internacional.

El deber de enfermería velar por el estricto cumplimiento de las indicaciones y administración de medicamentos, caso contrario deberá hacer el reclamo oportuno, requiriendo las aclaraciones o modificaciones que sean necesarias.

3. DOCUMENTOS MEDICOS LEGALES, CON VALOR PROBATORIO PRECONSTITUIDA

3.1. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y DICTAMEN MEDICO-LEGAL:

Dentro de la patología forense, certificar la causa y la manera de la muerte constituye la principal responsabilidad del médico. Para tales efectos existen el certificado de defunción y el dictamen médico legal respectivamente. El primero tiene propósitos civiles y estadísticos y el segundo propósitos judiciales.

El certificado de defunción, es un documento obligatorio que extiende el médico de planta o tratante del paciente, cuando este fallece al interior del establecimiento. Obedece a un formulario expreso cuya copia queda en el expediente clínico y muy excepcionalmente podría ser extendido por otro médico distinto al tratante, siempre que le conste el fallecimiento

El dictamen médico legal o "informe de la investigación de la muerte" es un documento empleado para registrar detalles relevantes de una muerte para fines judiciales y es también un certificado de que la muerte de una persona específica ha ocurrido.

del paciente o que lo hubiese atendido en sus últimos momentos.

En caso de muerte sin asistencia médica, muerte domiciliaria, muerte sospechosa de delito y muerte por violencia, el certificado médico de defunción solamente puede ser extendido y firmado por el médico forense, después de cumplir procedimientos especiales establecidos por ley (23).

En consecuencia, el hospital puede expedir copias o resúmenes (Epicrisis) de las historias clínicas únicamente en los siguientes casos:

- Por orden judicial.
- A solicitud del paciente, con autorización escrita de un médico.
- A solicitud escrita de un médico:
- Para continuar el tratamiento del paciente.
- Con fines estrictamente científicos. En esta eventualidad se debe respetar el derecho a la confidencia, manteniendo el caso bajo anonimato.
- A solicitud de una institución de seguros mediante petición escrita y autorización firmada por el asegurado.

2.6.2. Valor Probatorio De La Historia Clínica:

Probar significa demostrar la existencia de los hechos afirmados por la partes, es decir, examinar los hechos expuestos a la luz de los elementos de convicción que se lleven al proceso. La historia Clínica, especialmente en los procesos por ejercicio inadecuado de la medicina constituyen una importante prueba documental, ya sea de cargo o de descargo.

Si bien no se elabora originalmente, como elemento probatorio, la historia clínica este carácter cuando surge el conflicto médico legal. En ocasiones constituye prueba por sí mismo cuando a través de ella se evidencia impericia, negligencia, imprudencia o inobservancia de reglamentos por parte del médico, como causa generadora del daño al paciente. En otros casos solamente tiene carácter de indicio, porque en ella no se observa, deduce o denota error alguno.

Por ser instrumento científico que en la mayoría de las ocasiones escapa a la comprensión del juez, la historia clínica requiere una interpretación o "traducción" por parte del médico legista para que aquél pueda entenderla y otorgarle a los hechos en ella contenidos su real valor probatorio.

2.7. RECETA MÉDICA:

La receta o prescripción médica constituye el documento legal que avala la dispensación bajo prescripción facultativa. Su fin es terapéutico y la emite el médico tratante o interconsultado, en un formulario institucional expreso, que debe ser llenado en letra claramente legible, consignado los siguientes datos (21):

1. Nombre completo del paciente.
2. Nombre genérico del medicamento prescrito.
3. Vía y cuidados especiales para la administración.
4. Concentración y dosificación.
5. Frecuencia de administración en 24 horas.
6. Duración del tratamiento.
7. Precauciones especiales para la administración del producto o productos prescritos.
8. Indicaciones especiales para el paciente.
9. Datos de identificación del prescriptor (nombre completo, firma, matrícula profesional y del CMB).

La prescripción, termino referido a las indicaciones que los profesionales o técnicos a cargo del paciente, anotan en el expediente clínico para su correspondiente tratamiento, ya sean con fines diagnósticos o de terapéutica. Es extensivo a las indicaciones que pueden anotarse en las Epicrisis del expediente clínico, certificados médicos, informes o recetas, deben ser claramente informadas y explicadas al paciente, para su cabal cumplimiento.

La proscripción, termino referido a las prohibiciones o contraindicaciones que establecen los profesionales o técnicos a cargo del paciente, durante su atención o

tratamiento. Al igual que la prescripción, deben ser claramente informadas y explicadas al paciente, para su cabal cumplimiento (22).

Previa verificación con enfermería de la fecha de vigencia de los fármacos a ser administrados, la prescripción de dichos fármacos debe señalar necesariamente:

1. Nombre genérico del medicamento.
2. Forma de presentación.
3. Dosis.
4. Vía y cuidados especiales para la administración, para aquellos fármacos que pudieran provocar reacciones alérgicas u otras formas de intolerancia o complicación, que estuviesen conocidas y advertidas por la literatura científica internacional.

El deber de enfermería velar por el estricto cumplimiento de las indicaciones y administración de medicamentos, caso contrario deberá hacer el reclamo oportuno, requiriendo las aclaraciones o modificaciones que sean necesarias.

3. DOCUMENTOS MEDICOS LEGALES, CON VALOR PROBATORIO PRECONSTITUIDA

3.1. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y DICTAMEN MEDICO-LEGAL:

Dentro de la patología forense, certificar la causa y la manera de la muerte constituye la principal responsabilidad del médico. Para tales efectos existen el certificado de defunción y el dictamen médico legal respectivamente. El primero tiene propósitos civiles y estadísticos y el segundo propósitos judiciales.

El certificado de defunción, es un documento obligatorio que extiende el médico de planta o tratante del paciente, cuando este fallece al interior del establecimiento. Obedece a un formulario expreso cuya copia queda en el expediente clínico y muy excepcionalmente podría ser extendido por otro médico distinto al tratante, siempre que le conste el fallecimiento

del paciente o que lo hubiese atendido en sus últimos momentos.

En caso de muerte sin asistencia médica, muerte domiciliaria, muerte sospechosa de delito y muerte por violencia, el certificado médico de defunción solamente puede ser extendido y firmado por el médico forense, después de cumplir procedimientos especiales establecidos por ley (23).

De un modo general, informa sobre la causa de muertes, la enfermedad, traumatismo o anormalidad que sola o en combinación es la causante del inicio de la secuencia de trastornos funcionales, ya sea breve o prolongada, que eventualmente culmina con la muerte.

El certificado médico de causa de defunción recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), consta de

dos partes. La Primera comprende las causas determinantes y la segunda las causas contribuyentes.

Las causas determinantes consisten en la sucesión de causas y efectos que condujeron a la muerte. Se disponen en líneas que se enumeran, de arriba hacia abajo, a, b y c.

I. CAUSAS QUE PRODUJERON LA MUERTE.

- (a) **Causa directa que provoco la muerte.**
- (b) **Causa intermedia, las implicaciones de la enfermedad.**
- (c) **Causa básica de la muerte, enfermedad fundamental de la muerte.**

II. OTROS ESTADOS SIGNIFICATIVOS.

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron indirectamente a la muerte.

3.2. MODELO DE INFORME PERICIAL.

El informe pericial contendrá la información del peritaje que se ha llevado a cabo previamente y por lo tanto es el instrumento de comunicación entre la Médico Forense y el Derecho. Materializa las respuestas a las cuestiones sobre las que se pregunta al perito, por lo que deberá estar configurado y confeccionado de manera que proporcione de forma comprensible a los sistemas jurídicos, la información operativa para las decisiones jurídicas, en las distintas áreas del derecho.

3.2.1. Parte Inicial:

Se trata de un encabezamiento inicial en el que se especifica los datos de filiación de los peritos, titulaciones y otros datos sobre su ejercicio profesional. Contiene así mismo los datos de la persona, entidad jurídica o institución que ha solicitado dicho informe, así como los datos (numeración, fecha, etc.) del expediente en el ámbito administrativo o bien de los datos de archivo del Juzgado. Citando en ese caso textualmente lo que se solicita de nuestra pericia.

Finalmente aparece el nombre de la persona objeto del peritaje forense. Nombre completo del informado.

3.2.2. Parte Expositiva:

En primer lugar se hace referencia a la edad del informado, el lugar donde ha sido explorado, así como la fecha de la primera exploración y sucesivas.

ANTECEDENTES PERSONALES ANTECEDENTES PERSONALES

En este apartado se incluye información de dos tipos, ambas ordenadas cronológicamente:

Aspectos biográficos:

- Se incluirían aquí por un lado datos de tipo evolutivo gestación, parto, problemas neonatales, enfermedades infantiles.
- Escolarización, integración en el medio escolar y nivel de estudios adquirido.
- Servicio Militar (en su caso) que también es buen índice de adaptación.
- Historia laboral del informado, cambios de empleo si los ha habido, motivos, nivel de integración en el medio laboral, etc.

- Relaciones amistosas y afectivas.
- Historia familiar del informado, relaciones con padres, hermanos, matrimonio, relación con el cónyuge, con los hijos. Etc.

Patobiografía.

Incluye el historial patológico del informado, enfermedades padecidas por el mismo, tanto de naturaleza psíquica como orgánica.

Para la confección de este apartado se recaban los informes de otros especialistas, informes de ingresos y altas en hospitales, de los servicios de urgencias, recetas de medicamentos, certificados médicos, informes de médicos de empresa., etc.

Se ordenan cronológicamente detallando fecha del documento, nombre del facultativo, especialidad, lugar donde se emite el informe y a continuación se extrae de forma textual los datos de interés que aparecen en dicho informe: exploración, diagnóstico y conclusiones.

Antecedentes Familiares.**ANTECEDENTES FAMILIARES ANTECEDENTES FAMILIARES**

En este apartado se hace referencia a la existencia de antecedentes familiares patológicos en la familia.

3.2.3. Parte Reflexiva:

Se realiza una integración de todos los datos obtenidos anteriormente, resultados de los estudios y resultados de otras pruebas médicas complementarias que se haya considerado oportuno practicar.

3.2.4. Parte Conclusiva:

Sobre la base de ello se establece una conclusión en forma de diagnóstico que debe ajustarse a los criterios y códigos de las actuales clasificaciones diagnósticas DSM-IV y CIE-10.

Deben sintetizar la opinión del perito, de modo concreto y breve y de manera categórica.

3.3. BASE LEGAL DE LA PERICIA:

- El Artículo 204, del Nuevo Código de Procedimiento Penal, dice acerca de la "Pericia". Se ordenará una pericia cuando para descubrir o valorar un elemento de prueba sean necesarios conocimientos especializados en alguna ciencia, arte o técnica. "
- Y el Artículo 205°. - Peritos. "Serán designados peritos quienes, según reglamentación estatal, acrediten idoneidad en la materia."
- El Artículo 206°. - Examen médico. El fiscal ordenará la realización de exámenes médico forenses del imputado o de la víctima, cuando éstos sean necesarios para la investigación del hecho denunciado, los que se llevarán a cabo preservando la salud y el pudor del examinando. Al acto sólo podrá asistir el abogado o una persona de confianza del examinado, quien será advertido previamente de tal derecho.

4. AUDITORIA MEDICA:

Los informes de auditoría médica, se realiza en caso de haberse realizado

auditoria ya sea durante su internación del paciente o después de su alta. Necesariamente se consignara en el expediente clínico una copia de las respectivas actas o informes, debidamente firmados y en los formularios que se registran en el Manual de Auditoria.

4.1. FUNDAMENTO JURIDICO.

En el CAPITULO VII: AUDITORIA MÉDICA (24).

ARTICULO 15. (Auditoría Médica). La auditoría médica es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud.

ARTICULO 16. (Auditores Acreditados). La auditoría médica será realizada exclusivamente por profesionales médicos debidamente acreditados como auditores médicos por el Ministerio del área de Salud en coordinación con el Colegio Médico de Bolivia, con el apoyo de otros profesionales en determinadas circunstancias.

ARTICULO 17. (Revelación del Secreto Médico). Se exceptúa y se exime al médico, de guardar el secreto médico en los siguientes casos:

- a) Cuando el paciente o su responsable legal autoriza expresamente al médico a revelarlo.
- b) Cuando actúa en el desempeño de sus funciones como médico forense a requerimiento de autoridad competente.
 - a) Cuando se trate de casos de enfermedad notificable.
 - b) Cuando la salud de la familia y la comunidad se encuentren en riesgo inminente.
 - c) En caso de menores de edad los padres, parientes o responsables de los mismos no podrán dar a conocer la información sobre su estado médico salvo para dar cumplimiento a lo establecido en la normativa legal.

d) Cuando la Ley disponga expresamente,

En el CAPITULO VIII: CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MEDICO.

ARTICULO 18. Se crea el Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje que regula la relación de conflicto médico - paciente ocupándose de sus controversias, debiendo ser reglamentado por Decreto Supremo en su estructura y funcionamiento.

4.2. REQUERIMIENTO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO POR CAUSAS LEGALES, AUDITORIA MEDICA EXTERNA O PERITAJE (25).

- Requerimiento por causa legal: El director del establecimiento de salud dará curso al requerimiento fiscal y orden judicial con el levantamiento de un Acta de Entrega y Recepción, que será firmada tanto por la parte solicitante como por el director, y con el único recaudo de sacar copia magnética o fotostática del expediente clínico para el establecimiento, hasta que el original sea devuelto mediante llenado de un Acta de Devolución; ambas actas deben ser llenadas en formularios especiales, según norma el Manual de Auditoria en Salud y Norma Técnica.
- Requerimiento por Auditoria Médica Externa: El director del establecimiento de salud dará curso al requerimiento, de acuerdo a los recaudos contemplados en los artículos 54 y 55 del Manual de Auditoria en Salud y Norma Técnica.
- Requerimiento por Peritaje: El director del establecimiento de salud dará curso al requerimiento fiscal y orden judicial.

La auditoría médica será realizada exclusivamente por profesionales médicos debidamente acreditados como auditores médicos por el Ministerio de Salud y deportes en coordinación con el Colegio Médico de Bolivia; mientras que el peritaje médico legal,

se ordenará (requerimiento fiscal y orden judicial) una pericia cuando para descubrir o valorar un elemento de prueba sean necesarios conocimientos especializados con puntos periciales previamente determinados por la autoridad competente y de conocimiento de las partes. Por lo tanto no se debe usar el término de auditoría médica como sinónimo de peritaje médico legal, y no existe la auditoría médica forense, por el expuesto en presente artículo sobre expediente clínico y otros documentos médicos legales.

BIBLIOGRAFIA

1. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 1 al Art. 5.
2. Bolivia. LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO- LEY 3131. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, ley del 8 de agosto del 2005. Art. 4 (Definiciones) del Capítulo II: Principios y Definiciones.
3. Bolivia. LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO- LEY 3131. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, ley del 8 de agosto del 2005. Art. 4 (Definiciones) del Capítulo II: Principios y Definiciones.
4. Bolivia. LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO- LEY 3131. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, ley del 8 de agosto del 2005. Art. 9 (Actividades Relacionadas) del Capítulo IV: Del Ejercicio Médico y Las Funciones.
5. Bolivia. LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO- LEY 3131. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, ley del 8 de agosto del 2005. Art. 10 (Documentos Médicos Oficiales) del Capítulo IV: Del Ejercicio Médico y Las Funciones.
6. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 13, punto 13.7.
7. Bolivia. CÓDIGO DE PENAL- LEY 1768. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, Ley del 10 de marzo de 1997. Art. 204 al Art. 215 del Título IV: Pericias.
8. Bolivia. LEY INTEGRAL PARA GARANTIZAR A LAS MUJERES UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA- LEY 348. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, Ley del 09 de marzo del 2013. Art. 65 (Certificados Médicos) del Capítulo III: Persecución Penal.
9. Bolivia. Código de procedimiento penal- ley 1970. Gaceta Oficial del Estado plurinacional de Bolivia, Ley del 25 de marzo de 1999. Art. 204 al Art. 215 del Título IV: Pericias.
10. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 1 del Capítulo I: Disposiciones Generales.
11. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 5 (definiciones) del Capítulo I: Disposiciones Generales, punto 5.1.
12. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 6 (Condiciones Básicas del Expediente Clínico) del Capítulo I: Disposiciones Generales.
13. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 7 (Finalidades) del Capítulo I: Disposiciones Generales.
14. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 8 (Expediente Clínico de Hospitalización) del Capítulo II: Tipos de Expediente Clínico.
15. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 9 (Expediente Clínico de Consulta Externa) del Capítulo II: Tipos de Expediente Clínico.
16. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 10 (Expediente Clínico de Emergencia) del Capítulo II: Tipos de Expediente Clínico.
17. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 11 (Contenido General) del Capítulo II: Contenido del Expediente Clínico.
18. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 12 (Contenido Especifico) del Capítulo II: Contenido del Expediente Clínico.
19. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 13 (Contenido Adicional) del Capítulo II: Contenido del Expediente Clínico.
20. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 12 (Contenido Especifico) del Capítulo II: Contenido del Expediente Clínico.
21. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 13 (Contenido Adicional) en su punto 13.10 del Capítulo II: Contenido del Expediente Clínico.
22. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 5 (Definiciones) en su puntos 5.22 y 5.23 del Capítulo I: Disposiciones Generales.
23. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art.13 (Contenido Adicional) en su punto 13.3 del Capítulo III: Contenido del Expediente Clínico.
24. Bolivia. LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO- LEY 3131. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, ley del 8 de agosto del 2005. Art. 4 (Definiciones) del Capítulo II: Principios y Definiciones.
25. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art.24 (Requerimiento del Expediente Clínico por Causas Legales, Auditoría medica Externa o Peritaje) del Capítulo V: De los Requerimientos y Acceso al Expediente Clínico.