GUÍA PRÁCTICA / 01

Qué documentación reunir para revisar una atención médica

Médica especialista en Auditoría Médica, Gestión y Calidad Médica

Una guía práctica para pedir, ordenar y comprobar la documentación de un episodio asistencial antes de una revisión independiente.

La documentación que conviene reunir

La revisión se realiza sobre un episodio definido: una internación, una cirugía, un tratamiento o un período de atención. No todos los documentos de esta lista serán necesarios en todos los casos. La documentación disponible y la pregunta que se busca responder determinan el alcance del análisis.

Lista de comprobación

☐ **Historia clínica completa**
Solicitar las actuaciones del período elegido: consultas, evoluciones, indicaciones, interconsultas y registros de ingreso y alta, según corresponda.

☐ **Epicrisis o resumen de alta**
Permite una primera lectura del episodio. Es una síntesis y no reemplaza la historia clínica completa.

☐ **Estudios e informes**
Reunir resultados de laboratorio, informes de imágenes y otras prácticas. Conservar también imágenes o archivos originales si fueron entregados; se indicará cuáles son pertinentes.

☐ **Documentación de procedimientos**
Incluir protocolos quirúrgicos, registros de anestesia y otros informes relacionados con la intervención, cuando existan.

☐ **Registros de enfermería y medicación**
Aportar las hojas disponibles de observación, indicaciones y administración. Una indicación escrita y su administración son registros diferentes.

☐ **Consentimientos e indicaciones al alta**
Incluir los formularios correspondientes, prescripciones, recomendaciones, controles y derivaciones documentadas.

Un complemento útil

Una cronología breve puede señalar fechas y dudas concretas. Es importante identificarla como relato personal o familiar, para distinguir esos recuerdos de los hechos asentados en los registros.

GUÍA PRÁCTICA / 02

Pedir y ordenar los documentos

La organización facilita comprobar qué se recibió, reconocer duplicados y localizar piezas que podrían faltar.

Solicitar la historia clínica

El paciente es titular de su historia clínica. Puede pedir una copia autenticada en el establecimiento que la conserva; el acceso de otras personas depende de las condiciones y autorizaciones legales que correspondan. [1]

El pedido puede identificar el período y solicitar expresamente la copia completa, no solo la epicrisis. Conservar una constancia fechada de recepción facilita acreditar cuándo se presentó. Si hubo atención en varias instituciones, puede ser necesario solicitar documentación en cada una.

Modelo breve de solicitud

“Solicito una copia autenticada y completa de mi historia clínica correspondiente a la atención realizada entre [fecha de inicio] y [fecha de finalización], incluyendo evoluciones, indicaciones, estudios, registros de enfermería, consentimientos y protocolos, según corresponda. Solicito constancia de recepción e información sobre el modo de entrega.”

El texto es orientativo. Debe adaptarse al caso y a los datos o requisitos de identificación del establecimiento.

Plazos previstos

La Ley 26.529 establece la entrega dentro de las 48 horas. La reglamentación contempla entrega inmediata en situaciones de atención en curso, urgencia o gravedad acreditadas. Ante una imposibilidad fundada y excepcional, permite entregar un resumen provisional y prorrogar la copia completa hasta un máximo de diez días corridos desde la solicitud. [1, 2]

Ordenar sin alterar

- ☐ **Conservar los originales**
  Trabajar sobre copias y mantener los archivos originales sin cambios. Evitar borrar, corregir o agregar texto sobre documentos clínicos.

- ☐ **Agrupar por institución y fecha**
  Por ejemplo: “2026-06-08_Institucion_Epicrisis.pdf”. Separar los documentos clínicos del relato personal.

- ☐ **Revisar la legibilidad**
  Comprobar que estén todas las páginas y se lean fechas, encabezados y reversos. Si se usan fotos, evitar reflejos, cortes y capturas incompletas.

GUÍA PRÁCTICA / 03

Preparar una revisión con un alcance claro

Contar con documentos permite definir qué puede analizarse y qué información adicional podría ser necesaria. No hace falta enviar archivos clínicos en el primer contacto.

Tres datos para comenzar

☐ **El episodio**
Indicar de forma general qué atención se quiere revisar y en qué período ocurrió.

☐ **La pregunta**
Precisar qué aspecto genera dudas: la secuencia de atención, diferencias entre documentos o información que no se encuentra en ellos.

☐ **Lo disponible**
Enumerar los tipos de documentos reunidos y señalar lo que aún falta, sin adjuntar datos sensibles en el mensaje inicial.

Compartir con privacidad

No publicar historias clínicas en redes sociales, comentarios o enlaces abiertos. Antes de enviar documentos, acordar el canal de recepción y la autorización que corresponda. Si consulta un familiar, deberá verificarse su legitimación para compartir esa información.

Qué puede aportar el informe

Una revisión puede ordenar los hechos documentados, identificar concordancias o inconsistencias y señalar información faltante. Sus conclusiones dependen del material recibido. La ausencia de un dato no demuestra automáticamente que una práctica no se realizó, y una inconsistencia no establece por sí sola mala praxis.

La revisión documental no reemplaza la atención médica, no indica tratamientos actuales y no constituye una pericia ni determina responsabilidad profesional.

Lectura y contacto

Más información sobre cómo solicitar la historia clínica y qué puede aportar una revisión: paulacontarini.com.ar/informacion-util.

Para una primera consulta sobre el servicio: WhatsApp 11 4092 3010. Enviar únicamente una descripción general; la documentación se coordina después.

Fuentes

1. Argentina. Ley 26.529, texto actualizado, arts. 12, 14 a 19. Consultar fuente

2. Argentina. Decreto 1089/2012, reglamentación de la Ley 26.529, art. 14. Consultar fuente

Guía informativa. Versión de septiembre de 2026. Los requisitos y el alcance de cada revisión se acuerdan según el caso.