



# **Manual de BOX ODONTOLOGICO RAYEN**

**Versión 15.0.0.1**

**Actualizado marzo 2020**

## Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN .....	3
CAPITULO 1. Conceptos Generales.....	4
RAYEN en pocas líneas.....	4
Acceder a RAYEN. ....	4
CAPITULO 2. Módulo Box .....	6
FLUJO: RCE ODONTOLOGICO.....	7
Pacientes Citados.....	8
Registro de Inasistencia .....	10
Mensajes .....	11
Mensajes Recibidos.....	11
Enviar mensajes.....	13
Mensajes Enviados .....	13
CAPITULO 3 Ingresar a atención.....	14
Visualización de Barra de Herramientas .....	14
Visualización Resumen de Antecedentes .....	17
Registro de Antecedentes al Usuario.....	18
Historial de Atenciones por Ítem.....	23
Detalle de una Atención .....	26
CAPITULO 4. Atención Actual .....	27
EVALUACION.....	28
Registro de Actividad .....	28
Registro de la Anamnesis: .....	29
Diagnóstico .....	31
Registro del Examen Físico.....	35
Profesional o técnico: .....	36
PLAN.....	38
INDICACIONES .....	38
ORDEN DE ATENCION INTERNA.....	39
Orden de procedimiento diagnóstico y laboratorio .....	40
REGISTRO SOLICITUD DE HOSPITALIZACION .....	49

SOLICITUD DE INTERCONSULTA.....	50
PLANTILLA DE TEXTO.....	53
CAPITULO 5. REGISTRO DE ODONTOGRAMA .....	55
Odontograma .....	55
Registro de Odontograma .....	58
Revertir Registro .....	59
Registro Índices CEO y COPD .....	59
Registro de Índice de Higiene Oral .....	63
Registro de Plan de Tratamiento .....	64
Ingreso plan de tratamiento .....	65
CAPITULO 6. FORMULARIOS CLINICOS .....	67
Formularios Clínicos.....	67
Ver Historia .....	69
CAPITULO 7: AGREGAR DOCUMENTO.....	71
Cerrar Receta: .....	75
Agregar Observación.....	76
CAPITULO 8: PREPARACION DE PACIENTES .....	77
Ingreso Preparación de pacientes.....	79
CAPITULO 9: ADMINISTRADOR DE DERIVACIONES .....	81
Solicitud de Interconsulta. ....	81
Crear Solicitud de Interconsulta .....	86
Solicitud de Procedimientos .....	86
Solicitud de Interconsulta odontológica.....	88
Crear Solicitud de Interconsulta .....	93
CAPITULO 12: VISUALIZACION DE ODONTOGRAMA .....	94
CAPITULO 11: GLOSARIO.....	96

## INTRODUCCIÓN

**RAYEN** es una aplicación web que contiene diversos subsistemas creados para la gestión clínica y administrativa. herramienta amigable, lo que favorece al usuario poder trabajar de manera sencilla en las funcionalidades que le competen según el área en la que se desempeña dentro del establecimiento.

La necesidad de contar con la información completa de usuarios que ingresan a la Red de Atención Primaria de Salud, y a su vez mantener y acceder de manera oportuna a los datos de que aquellas personas que ya pertenecen a la Red APS, resulta importante en cuanto aumentan las exigencias sanitarias, en post de entregar un servicio de calidad.

Actualmente todos los establecimientos de salud requieren administrar esta información, ya sea del individuo como de su grupo familiar. Es por esto que RAYEN cuenta con una serie de herramientas dispuestas para registrar y actualizar información, evitar duplicidad de datos a través de la validación de inscritos y obtención de informes en tiempo real, referentes a la población registrada en el establecimiento, todo esto para una mejor gestión.

El presente documento, tiene como principal objetivo conocer la funcionalidad del módulo Box y sus subsistemas **Pacientes Citados, Agregar documentos a una atención, Preparación de Pacientes y Administrador de Derivaciones**. Los cuales nos permitirán visualizar la información personal y clínica que haya sido registrada en el sistema en cualquier parte del país.

# CAPITULO 1. Conceptos Generales.

## RAYEN en pocas líneas.

Es una aplicación web, que contiene diversos subsistemas creados para la gestión clínica y administrativa. RAYEN es una herramienta amigable y ágil, permitiendo al usuario trabajar de manera sencilla en las funcionalidades que le competen, según el área en la que se desempeña dentro del establecimiento de salud.

## Acceder a RAYEN.

Debemos acceder a la siguiente URL:

<http://www.rayenaps.cl/>

y seleccionar el ámbito en el cual deseamos ingresar, con esto nos direccionara a su pantalla de ingreso.



The screenshot shows the RAYEN APS login interface. At the top center is the RAYEN APS logo with the tagline "Accede a una mejor experiencia para la APS Digital". Below this, there are four main categories, each with a list of sub-functionalities and an "Iniciar" button:

- Administrativo** (Icon: person with gear)
  - Admisión
  - Agenda
  - Citas
  - Herramientas
  - Reportes para la gestión REM
- Clínico** (Icon: person with heart)
  - Ficha clínica
  - Ficha odontológica
  - Ficha familiar
  - Derivación
  - Registro de atención
- Servicios Transversales** (Icon: person with heart and gear)
  - Farmacia
  - Entrega de alimentos
  - Vacunatorio
  - Toma de muestra
  - Derivación administrativa
- Urgencia** (Icon: person with heart)
  - Admisión
  - Categorización
  - Registro clínico
  - Registro de tratamientos

Para el ingreso al nuevo RAYEN debemos:

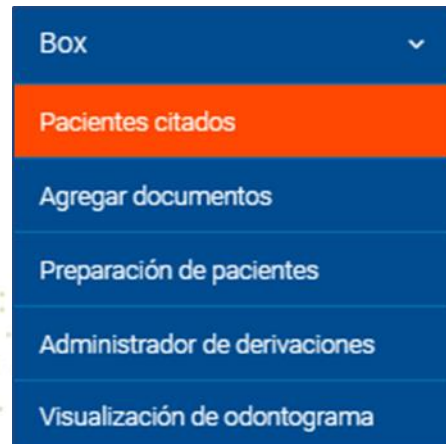
1. Ingrese "Ubicación" ejemplo: cesfamrayensalud.
2. Ingrese "Usuario" correspondiente al RUN del funcionario prestador.
3. Ingrese clave personal.
4. Presione la tecla Enter o haga clic en el botón Aceptar



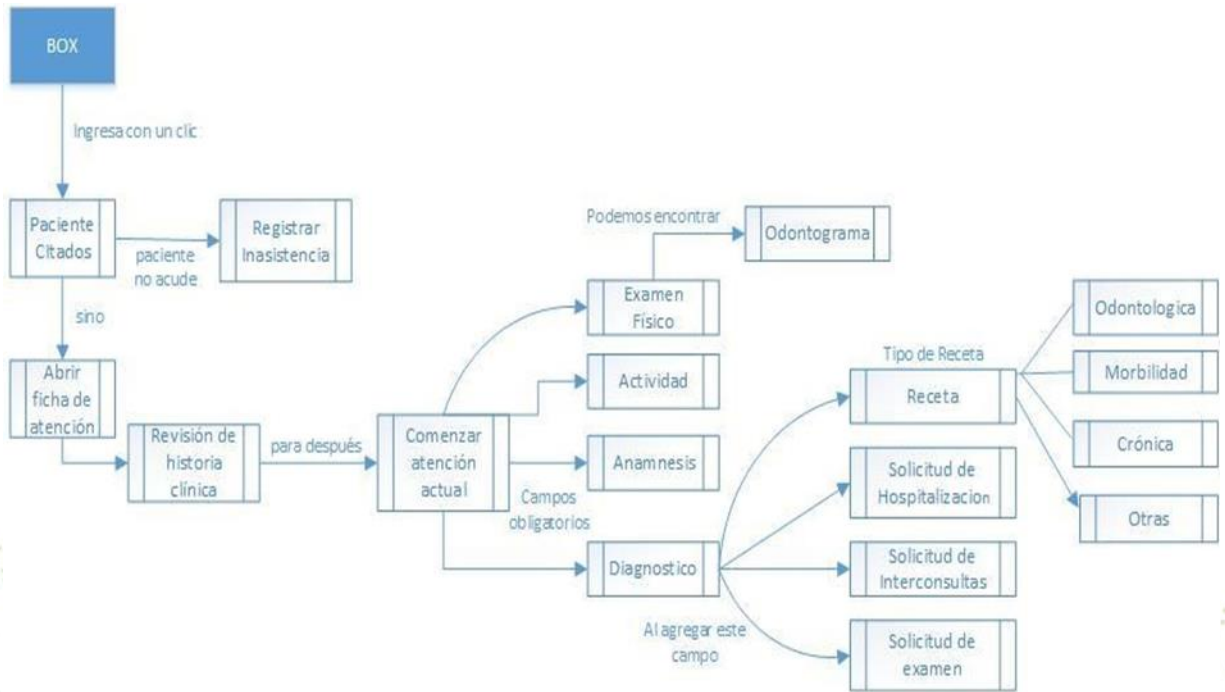
The screenshot shows the RAYEN login interface. At the top left is the RAYEN logo, which consists of a stylized human figure in blue and green. To the right of the logo is the word "RAYEN" in green capital letters. Below the logo and name, the version number "Versión: 15.1.0.13" is displayed. The interface features three input fields: "Ubicación" with the placeholder text "ubicación", "Usuario" with the placeholder text "usuario", and "Clave" with the placeholder text "clave". At the bottom right of the form is an orange button labeled "Aceptar".

## CAPITULO 2. Módulo Box

Al hacer clic en el módulo de **Box**, se encuentran los sub módulos Pacientes citados, Agregar documento a una atención, preparación de pacientes y Administrador derivación, los que iremos explicando a continuación en detalle. seleccionando el sub-módulo **Pacientes Citados**, nos encontraremos con la siguiente interfaz.



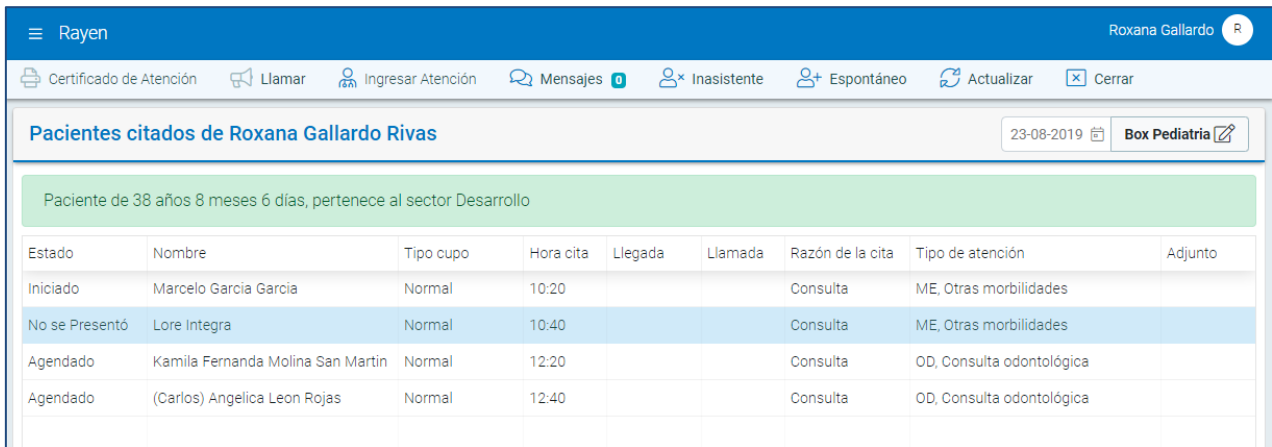
## FLUJO: RCE ODONTOLÓGICO





## Pacientes Citados.

Al ingresar al sistema RAYEN, se visualizará el listado de pacientes citados.



Estado	Nombre	Tipo cupo	Hora cita	Llegada	Llamada	Razón de la cita	Tipo de atención	Adjunto
Iniciado	Marcelo Garcia Garcia	Normal	10:20			Consulta	ME, Otras morbilidades	
No se Presentó	Lore Integra	Normal	10:40			Consulta	ME, Otras morbilidades	
Agendado	Kamila Fernanda Molina San Martin	Normal	12:20			Consulta	OD, Consulta odontológica	
Agendado	(Carlos) Angelica Leon Rojas	Normal	12:40			Consulta	OD, Consulta odontológica	

A continuación, se describirán todas las columnas de la lista de pacientes citados:

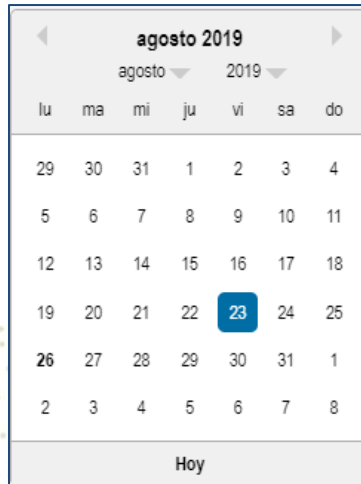
Estado de la atención:

- ✚ **Agendado:** No ha sido abierta la ficha del paciente
- ✚ **Iniciado:** La ficha del paciente se encuentra abierta
- ✚ **Completado:** Ficha de paciente cerrada
- ✚ **Preparada:** Registro de llegada y preparación de paciente realizada
- ✚ **No se Presentó:** usuario fue registrado como inasistente
- ✚ **Pendiente:** Preparación de paciente pendiente


- **Nombre de Usuario:** Nombre de identificación del paciente.
- **Tipo de cupo:** Refiere si corresponde a una citación de cupo normal, cupo de ajuste o sobre cupo.
- **Hora de la cita:** Horario en que está citado el paciente.
- **Hora de llegada:** a través del módulo de admisión se podrá registrar la hora de llegada del paciente, esta información se reflejará en este campo, de lo contrario quedará como **"Sin Registrar"**.
- **Llamada:** Al realizar un clic en el paciente y presionar el botón **"Llamar"** el sistema registra el horario y número de llamados que se le ha realizado al paciente a la sala de espera. Este icono es parametrizable, se visualizará solo si el establecimiento a elevado dicha solicitud.




- **Razón de la Cita:** Esta se registrará según la información ingresada a través del módulo de admisión.
- **Instrumento:** Corresponde al tipo de profesional que realizará la atención.
- **Tipo de Atención:** Nombre de la agenda que identifica la atención que se realizará como: otras morbilidades, cardiovascular, salud mental etc.
- **La Fecha de Citación:** despliega un calendario, con el fin de visualizar el listado de pacientes citados de días pasados o futuros.




- **Box:** El sistema muestra en el nombre del box que se está atendiendo el paciente, con el lápiz podrá modificar el nombre del box según corresponda.

Box Pediatría 

- **El botón Actualizar:** Tal como lo indica su nombre, actualiza la lista de pacientes citados, esto en caso de cambios de estado, incorporación de pacientes a la lista, registro de llegada, entre otros.

 Actualizar

- **Espontáneo:** Sirve para el ingreso de paciente sin previa hora agendada, este campo es parametrizable por establecimiento

+ Espontáneo

Para visualizar información del paciente, existen dos opciones:

1.- Hacer clic en el nombre del usuario: se visualiza en la parte superior una barra de color azul con información respecto a edad del paciente, sector al que pertenece, nombre al que responde y observación en caso de ser ingresada desde citas

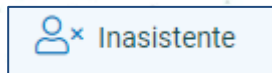
Paciente de 48 años 0 mes 4 días, pertenece al sector Implantacion y su nombre social es Carlos

2.- Al realizar un clic en el nombre de un paciente: Se desplegará un mensaje emergente, el cual muestra la edad del paciente, RUT, N° de Ficha, sector al que pertenece, nombre al que responde y alguna observación si es que fue ingresada desde módulo de Admisión.

Agendado	Kamila Fernanda Molina San Martin	Normal	12:20		Consulta	OD, Consulta odontológica
Agendado	Paciente de: 27 años 0 mes 16 días RUN: 18236469K N Ficha:   10129 Pertenece al sector: Desarrollo	Normal	12:40		Consulta	OD, Consulta odontológica

## Registro de Inasistencia

Para registrar la inasistencia de un paciente, debe hacer un clic en el nombre y luego presionar el botón **Inasistente**.



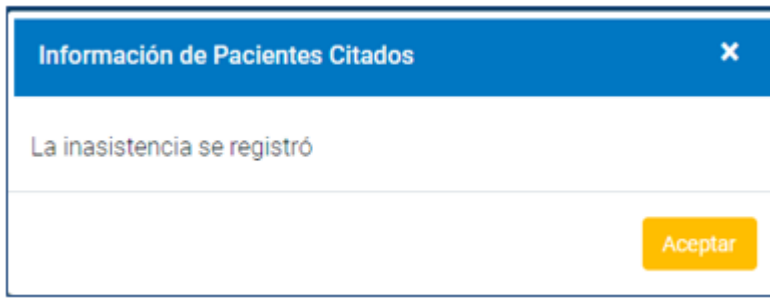
Se abrirá ventana emergente que consulta lo siguiente, ¿Está seguro de registrar la inasistencia del paciente?, seleccione la opción Sí.

Pacientes citados
×

¿Esta seguro de registrar la inasistencia al paciente?

Sí
No

Al confirmar la acción con Sí, el sistema arroja el siguiente mensaje:



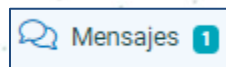
Para finalizar debe aceptar y el estado de la cita cambiará a **No se Presentó**.

Estado	Nombre	Tipo cupo	Hora cita	Llegada	Llamada	Razón de la cita	Tipo de atención	Adjunto
Iniciado	Marcelo Garcia Garcia	Normal	10:20			Consulta	ME, Otras morbilidades	
No se Presentó	Lore Integra	Normal	10:40			Consulta	ME, Otras morbilidades	
Agendado	Kamila Fernanda Molina San Martin	Normal	12:20			Consulta	OD, Consulta odontológica	
No se Presentó	(Carlos) Angelica Leon Rojas	Normal	12:40			Consulta	OD, Consulta odontológica	

Es importante mencionar que, al registrar la inasistencia de un paciente, se libera el cupo en la agenda del profesional, permitiendo al personal administrativo citar un nuevo paciente.

## Mensajes

Funcionalidad que permite enviar mensajes internos entre prestadores, en donde podrá enviar mensajes y visualizar mensajes recibidos.



Al seleccionar la opción se abre una ventana con tres pestañas en la parte superior: mensajes recibidos, enviar mensajes, mensajes enviados, mostrando de manera automática "Mensajes Recibidos".

### Mensajes Recibidos

Esta pestaña se divide en dos secciones, en la parte superior "Mensajes Nuevos" y en la inferior "Mensajes Leídos", ambas tendrán una grilla detallando el tipo mensaje, mensaje, funcionario origen, funcionario destino, fecha, responder.

**Mensajes entre profesionales** ✕

Mensajes Recibidos    Enviar Mensajes    Mensajes Enviados

Mensajes Nuevos

Tipo Mensaje	Mensaje	Funcionario Origen	Funcionario Destino	Fecha	Responder
Mensaje Simple	colega.es posible agreg	priscilla acuña rr	roxana gallardo rivas	26-08-2019 12:39	✉

Mensajes Leídos

Tipo Mensaje	Mensaje	Funcionario Origen	Funcionario Destino	Fecha	Responder

Si el mensaje es muy extenso, se podrá posicionar el mouse sobre el campo mensajes, de manera automática se visualizará el mensaje completo.

Para dar respuesta a un mensaje debemos presionar el icono responder. ✉

Al seleccionar la opción, se cambia a la pestaña **"Enviar Mensajes"** donde debemos completar los datos y presionar la opción **"Enviar"**.

**Mensajes entre profesionales** ✕

Mensajes Recibidos    **Enviar Mensajes**    Mensajes Enviados

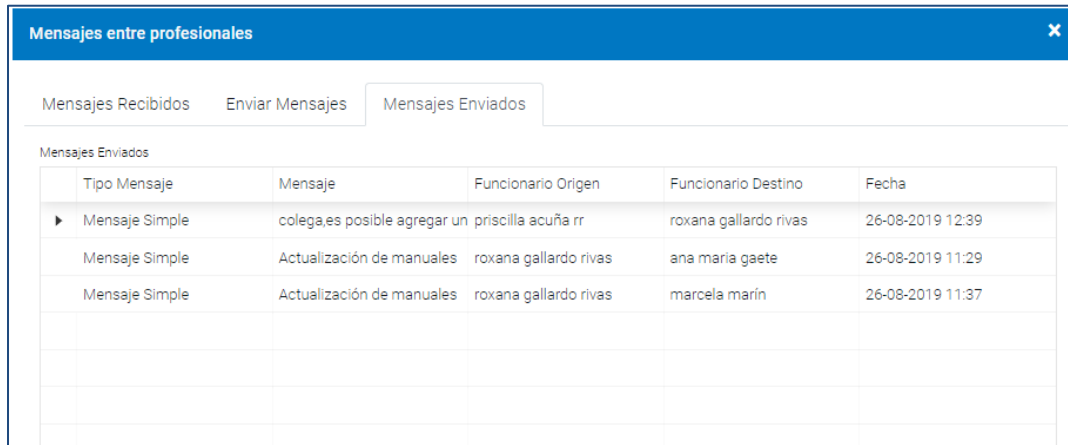
Seleccionar Funcionario

Tipo Mensaje

Nota

Gracias colega.

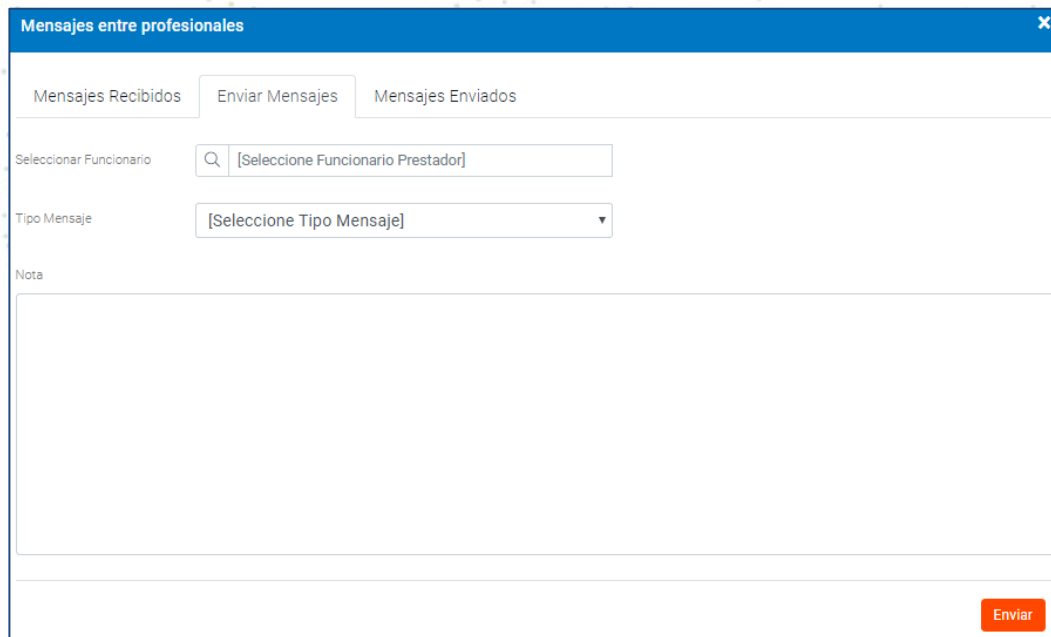
Una vez respondido se visualiza como mensaje padre el primer mensaje generado y a ese se adjuntarán todas las respuestas.



	Tipo Mensaje	Mensaje	Funcionario Origen	Funcionario Destino	Fecha
▶	Mensaje Simple	colega,es posible agregar un	priscilla acuña rr	roxana gallardo rivas	26-08-2019 12:39
	Mensaje Simple	Actualización de manuales	roxana gallardo rivas	ana maria gaete	26-08-2019 11:29
	Mensaje Simple	Actualización de manuales	roxana gallardo rivas	marcela marín	26-08-2019 11:37

### Enviar mensajes

Para enviar un mensaje se debe seleccionar el funcionario, visualizando solo aquellos que se encuentran activos como prestadores en el nodo, el tipo de mensaje, escribir lo deseado en nota y enviar.



Mensajes entre profesionales

Mensajes Recibidos   Enviar Mensajes   Mensajes Enviados

Seleccionar Funcionario

Tipo Mensaje

Nota

### Mensajes Enviados

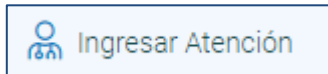
En la pantalla de mensajes enviados, se visualizan todos los mensajes que el usuario tiene, es decir, enviados o respondidos, donde, como ya se mencionó anteriormente, es el mensaje inicial el que toma su árbol con respuestas.

## CAPITULO 3 Ingresar a atención

Para iniciar la atención de un paciente y acceder a la Ficha Clínica existe 2 opciones:

- Seleccionar con un clic el nombre del paciente y presionar el botón ingresar atención.

-Realizando doble clic en el nombre del paciente

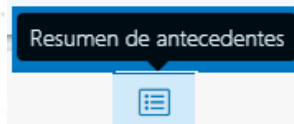


### Visualización de Barra de Herramientas

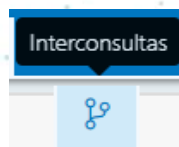
Para continuar, primero explicaremos en detalle cada funcionalidad que aparece en la barra de herramientas, ya que esta será transversal a toda la atención, permitiendo revisar algunos datos sin necesidad de cambiar de pestañas.



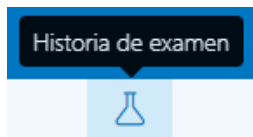
**Resumen de antecedentes:** Permite visualizar el resumen de todo lo registrado en los antecedentes del paciente.



**Interconsultas:** Permite visualizar el listado de interconsultas que se han realizado al paciente en el establecimiento.



**Historia de examen:** Permite visualizar el historial de órdenes de examen emitidas en el establecimiento.



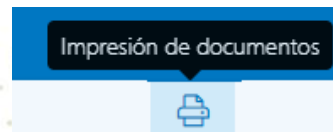
**Ficha familiar:** Permite realizar el registro de atención en la ficha familiar, con su respectivo Genograma y evaluación.



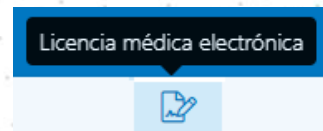
**Aletas:** Muestra las aletas clínicas y administrativas registradas a un paciente como, por ejemplo: Pap no vigente., además permite agregar administrativas en caso de así necesitarlo.



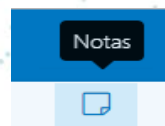
**Impresión de documentos:** Permite la impresión de documentos "Informe de eventos adversos", "Consentimiento informado cirugía menor", "Cierre de casos Ges" y excepción de garantía.



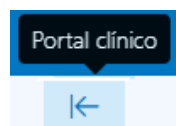
**Licencia Médica electrónica:** Permite, en caso de existir integración, la realización de licencia médica electrónica en línea.



**Notas:** Permite incorporar notas a la ficha clínica, restringiendo su visualización según la privacidad seleccionada al crearla.

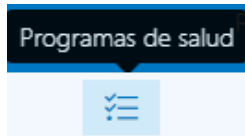


**Portal clínico:** Permite, en caso de tener integrada la funcionalidad, visualizar la ficha clínica del paciente de otros sistemas o redes integrados.

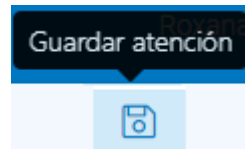


**Programa de salud:** Permite realizar hacer el ingreso, reingreso o egreso al programa de salud ejemplo: Cardiovascular, salud mental etc., además de visualizar el historial de este.

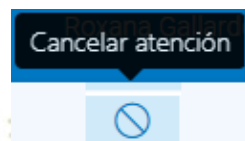




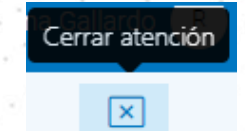
**Guardar atención:** Su función es guardar información que registrada en la ficha del paciente



**Cancelar atención:** Su función es cancelar registro de información realizado hasta ese momento en la ficha actual, cambiando el estado de la atención a agendado, pendiente o preparado, según corresponda.



**Cerrar atención:** Su función es que una vez finalizado el registro de la información en la atención actual, se presione cerrar y la atención quede en estado completada. Una vez cerrada no podrá ser modificada la información



Una vez explicado cada una de las funcionalidades de la barra de herramienta se continua con la revisión de antecedentes.

## Visualización Resumen de Antecedentes

Para el Funcionario Prestador lo más importante la atención del paciente, es poder tener un resumen de todos los antecedentes, para ello se puede hacer clic en la pestaña "Resumen Antecedentes".

Es aquí donde podrá visualizar:

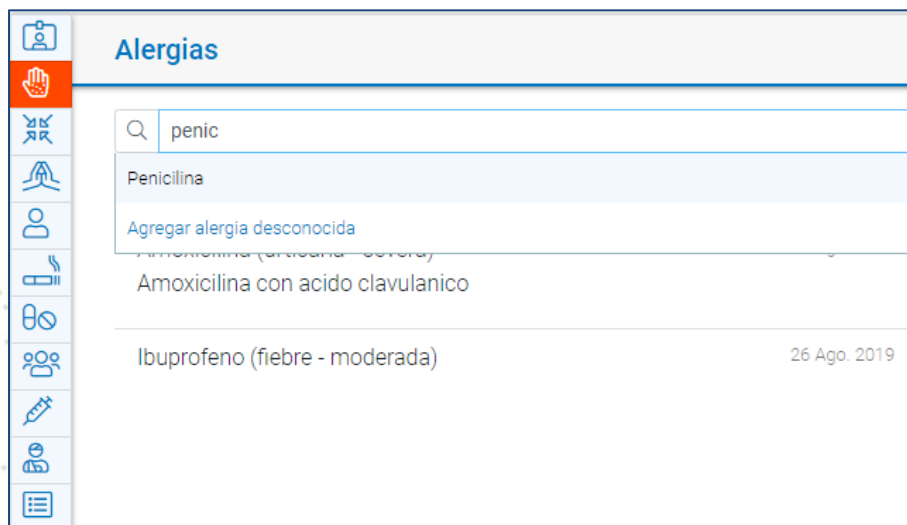
- Alergias
- Factores de Riesgo
- Factores protectores
- Mórbidos Personales (Médicos y Quirúrgicos)
- Hábitos
- Fármacos en Uso
- Mórbidos Familiares
- inmunizaciones

Identificación	Identificación
 Alergias	<b>Número de ficha</b> Rayen: 10262
 Factores de riesgo	<b>Sector</b>
 Factores protectores	<b>Médico de cabecera</b> john san martin retamal 
 Urológicos	<b>Discapacidad</b> 
 Mórb. personales	<b>Fecha de nacimiento</b> 31-05-1979
 Hábitos	<b>Edad</b> 40 años 2 meses 26 días
 Fármacos en uso	<b>Sexo</b> Hombre
 Mórb. familiares	<b>Estado civil</b> Separado(a) de Hecho
 Inmunizaciones	<b>Previsión</b> Fonasa B
 Eventos adversos	
 Resumen antecedentes	
<b>Estado civil</b>	
<b>Previsión</b>	

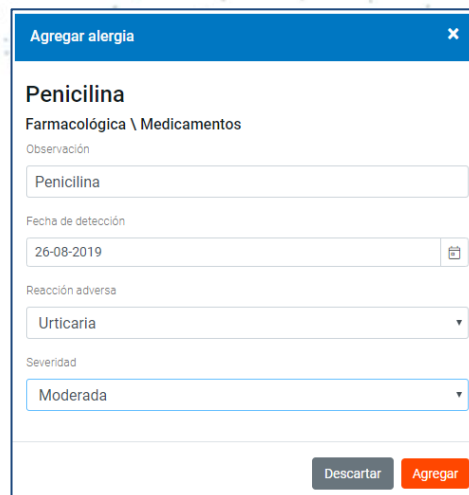
## Registro de Antecedentes al Usuario

En esta sección se puede visualizar y registrar los distintos tipos de antecedentes que son importante tener en consideración al momento de la atención del paciente. A continuación, se detalla cada uno de ellos:

**Alergia:** Se visualizan las alergias registradas y además permite agregar nuevas, para ello, debe seleccionar el icono alergia y digitar en la lupa el nombre de la alergia que desea agregar.



Una vez encontrada la alergia, se debe registrar los siguientes campos: observación, fecha de detección, tipo de reacción adversa y severidad. Una vez completado, seleccione el botón aceptar.



Alergias	
<input type="text" value="Agregar"/>	
<b>Farmacológica (medicamentos)</b>	
Penicilina (urticaria - moderada) Penicilina	26 Ago. 2019
Amoxicilina (urticaria - severa) Amoxicilina con acido clavulanico	26 Ago. 2019
Ibuprofeno (fiebre - moderada)	26 Ago. 2019

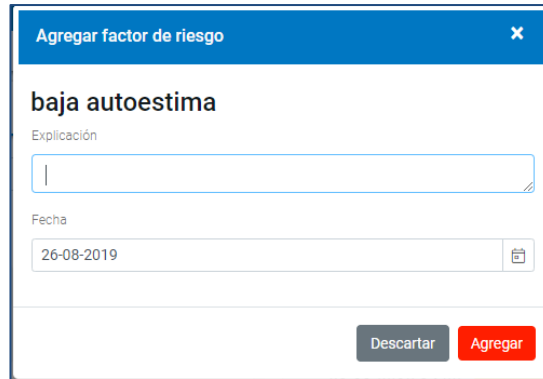
**Factores de Riesgo:** Para realizar el registro de un nuevo factor de riesgo, seleccione el icono factor de riesgo y digite en la lupa el factor que desea registrar, el sistema buscará de manera automática a medida que escribe.

Factores de riesgo	
<input type="text" value="baja au "/>	
baja autoestima	

🔍

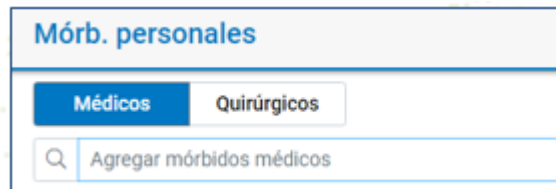
Si quieres agregar nuevos antecedentes búscalo en barra superior

Una vez encontrado seleccionar y completar la siguiente información: explicación y fecha. Para finalizar presione el botón aceptar.



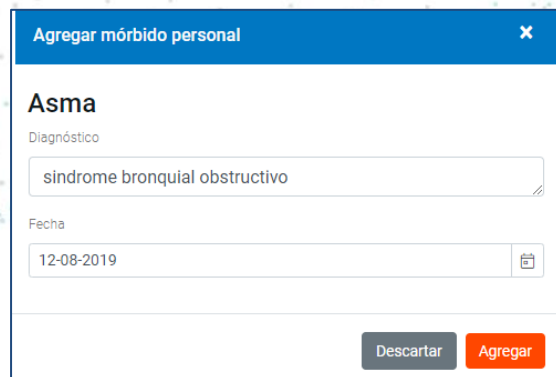
A screenshot of a web form titled "Agregar factor de riesgo". The form has a blue header with the title and a close button. Below the header, the text "baja autoestima" is displayed. Underneath, there is a section labeled "Explicación" with a text input field. Below that is a section labeled "Fecha" with a date input field containing "26-08-2019". At the bottom right, there are two buttons: "Descartar" (grey) and "Agregar" (red).

**Mórbidos personales (Médico-Quirúrgico):** Este ítem permite el registro tanto de mórbidos médicos como quirúrgicos. Para registrar el mórbidos personal, seleccione el botón médico o quirúrgico, según corresponda y en la lupa ingrese el nombre del mórbido a registrar.



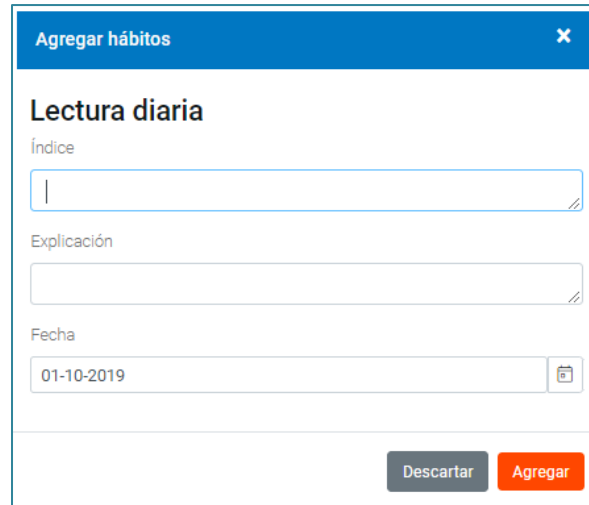
A screenshot of a selection screen titled "Mórb. personales". It features two buttons: "Médicos" (blue) and "Quirúrgicos" (grey). Below these buttons is a search bar with a magnifying glass icon and the text "Agregar mórbidos médicos".

Una vez encontrada la morbilidad respectiva, agregar los campos o el mórbido y diagnóstico asociado y fecha de ingreso, para finalizar presionar el botón agregar.



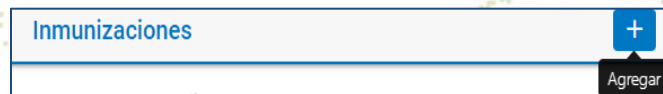
A screenshot of a web form titled "Agregar mórbido personal". The form has a blue header with the title and a close button. Below the header, the text "Asma" is displayed. Underneath, there is a section labeled "Diagnóstico" with a text input field containing "síndrome bronquial obstructivo". Below that is a section labeled "Fecha" with a date input field containing "12-08-2019". At the bottom right, there are two buttons: "Descartar" (grey) and "Agregar" (red).

**Registrar un nuevo hábito:** Este Ítem, permite visualizar e ingresar un nuevo hábito, para ello digite en la lupa el nombre del hábito, una vez encontrado, ingrese el campo índice, explicación y fecha. Para terminar, presione el botón agregar.



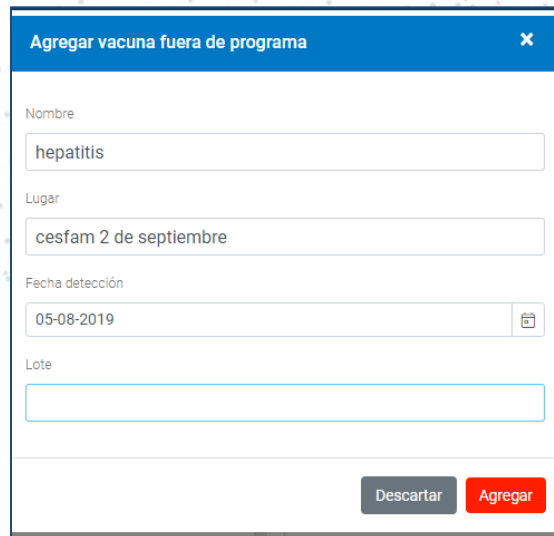
A screenshot of a web form titled "Agregar hábitos" with a close button (X) in the top right corner. The form has a blue header. Below the header, the title "Lectura diaria" is displayed. There are three input fields: "Índice" (empty), "Explicación" (empty), and "Fecha" (containing "01-10-2019" with a calendar icon). At the bottom right, there are two buttons: "Descartar" (grey) and "Agregar" (orange).

**Inmunizaciones:** Para agregar una inmunización presione el signo + (agregar)



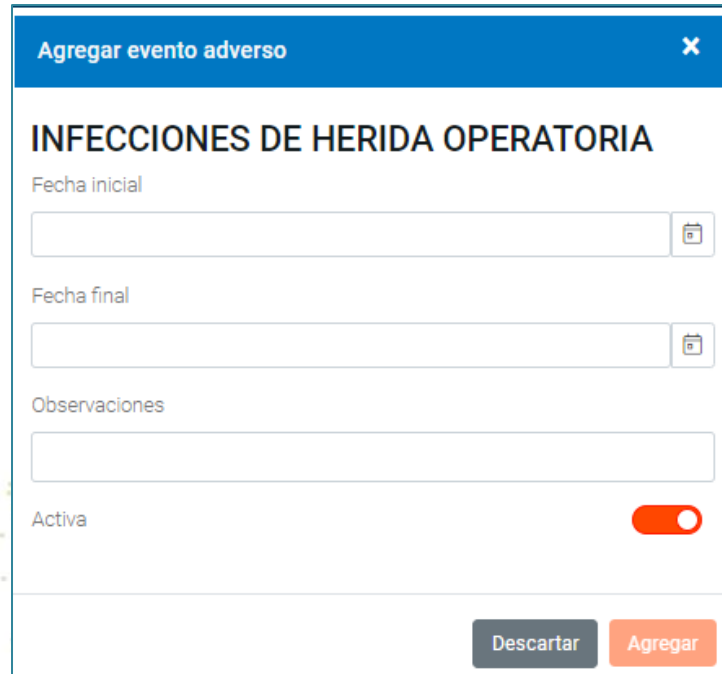
A screenshot of a header element for "Inmunizaciones" with a blue background and white text. On the right side, there is a blue square button with a white plus sign (+) and a tooltip that says "Agregar".

Complete los siguientes campos: Nombre de la vacuna, lugar, fecha de detección y número de lote, para finalizar presione el botón "**Agregar**".



A screenshot of a web form titled "Agregar vacuna fuera de programa" with a close button (X) in the top right corner. The form has a blue header. Below the header, there are four input fields: "Nombre" (containing "hepatitis"), "Lugar" (containing "cesfam 2 de septiembre"), "Fecha detección" (containing "05-08-2019" with a calendar icon), and "Lote" (empty). At the bottom right, there are two buttons: "Descartar" (grey) and "Agregar" (red).

**Evento adverso:** Este ítem permite visualizar o agregar un nuevo evento adverso, para ello, digite en la lupa el nombre del evento y complete en el recuadro: fecha inicial, fecha final, observaciones y active switch si este evento continuo activo. Para terminar, presione el botón agregar.



Formulario para agregar un evento adverso. El título es "Agregar evento adverso". El evento seleccionado es "INFECCIONES DE HERIDA OPERATORIA". El formulario contiene los siguientes campos:

- Fecha inicial: campo de texto con un ícono de calendario.
- Fecha final: campo de texto con un ícono de calendario.
- Observaciones: campo de texto.
- Activa: un interruptor (switch) que está activado (rojo).

En la parte inferior del formulario hay dos botones: "Descartar" (gris) y "Agregar" (naranja).

**Resumen de antecedentes:** En el ítem resumen de antecedentes, como su nombre lo indica permite la visualización de todos los hábitos registrados anteriormente, por los distintos profesionales de cada área.

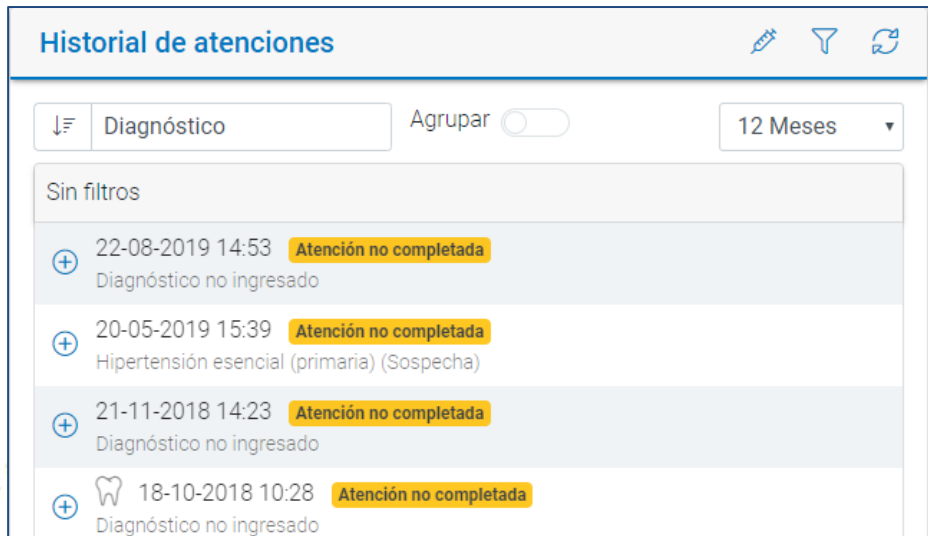


Resumen de antecedentes

- + Alergias
- + Factores de riesgo
- + Mórbidos personales
- + Hábitos
- + Inmunizaciones
- + Eventos adversos

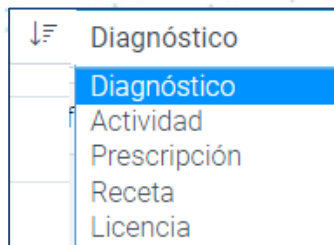
## Historial de Atenciones por Ítem

En el lado derecho de la pantalla se encuentra el Historial de atenciones, donde se visualiza, en caso de existir, todas las atenciones ordenados cronológicamente de las más recientes a las más antiguas.



Para realizar una búsqueda más específica podemos ocupar los siguientes filtros disponibles.

**Diagnóstico:** Visualización predeterminada por fecha de atención. Este ordenamiento se ramifica haciendo clic en el botón diagnóstico, en donde podrá seleccionar los tipos de filtro para una búsqueda más eficiente, como, por ejemplo: búsqueda por diagnóstico, actividad, prescripción, receta o licencia.



**Actividad:** Al filtrar por esta opción, el sistema realiza un ordenamiento por fecha de atención al igual que el anterior. Para visualizar el detalle de la misma debe hacer clic en el botón +, la que se divide en los siguientes campos:

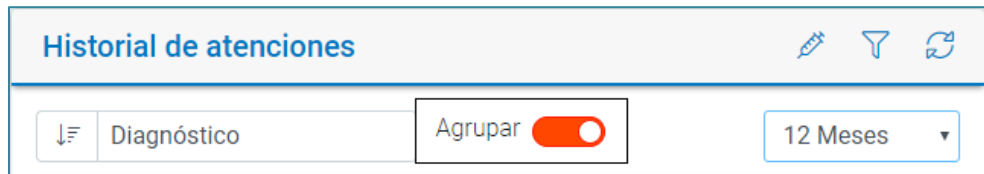
- Clasificación Diagnóstica
- Prescripciones
- Interconsulta



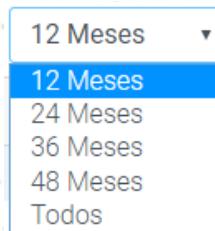
- o Funcionario(s) Prestador(es)

**Prescripción:** Al seleccionar el filtro “Prescripción”, el sistema realizara este ordenamiento según fecha de atención. Este ordenamiento se ramifica haciendo clic en el botón +, para visualizar los otros ítems de la Atención los cuales son: Clasificación Diagnóstica, Prescripción, Receta, Interconsulta o Actividad(es), Funcionario(s) Prestador(es).

**Agrupamientos:** Al activar este switch el sistema agrupará todas las atenciones según el filtro seleccionado.



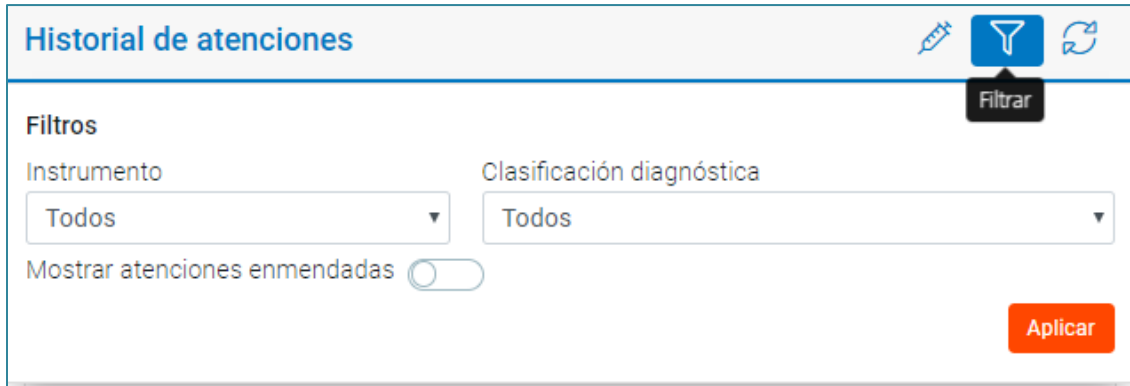
**Meses:** Filtro de tiempo que permite buscar atenciones del paciente, el sistema por defecto muestra las atenciones realizadas dentro de los últimos 12 meses, pero puede ser modificado a 24, 36 meses, 48 meses o todas las atenciones.



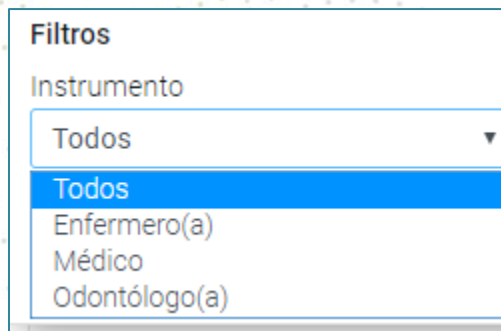
En la Parte superior, además se encuentran filtros de inmunización, instrumento y actualización de los datos.

Inmunización: el sistema agrupará todas las atenciones por inmunizaciones realizadas en el tiempo seleccionado.

En la barra historial de atenciones, icono filtrar, permite realizar nuevos filtros como: instrumento, clasificación diagnóstica y activación de switch (mostrar atenciones enmendadas). A continuación, se detalla cada uno de ellos.



**Instrumento:** Este filtro permite la búsqueda de una atención específica, seleccione un instrumento como: médico, enfermera, asistente social (la cantidad de estamentos que se visualicen dependerán de las atenciones anteriores que tiene el paciente) o presione la opción todos.






**Clasificación diagnóstica:** Este le permitirá filtrar las atenciones según los diagnósticos registrados en la ficha del paciente

**Mostrar atenciones enmendadas:** Al activar el switch atenciones enmendadas

## Detalle de una Atención

Para visualizar más en detalle una atención "Historial de Atenciones" se encuentran las siguientes opciones:

- Seleccione el signo , permitiendo expandir la información
- Seleccione el signo , permite retraer la información.
- Actualizar
- **Imprimir:** Imprime el detalle de la atención, tal cual como se encuentra expandida al momento de presionar este botón.



← Actualizar

Expandir Información →

Retraer Información →

Historial de atenciones

Diagnóstico Agrupar 12 Meses

Filtrado por: Médico

03-06-2019 18:30  
(1) Consulta para repetición de receta (Confirmada)  
(2) Dislipidemia (Confirmada)  
(3) Hipertensión esencial (primaria) (Confirmada)  
(4) Asma (Confirmada)

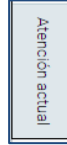
29-04-2019 08:18  
(1) Hematuria, no especificada (Confirmada)  
(2) Infección de vías urinarias, sitio no especificado (Descarte)

Clasificación diagnóstica  
Actividad(es)  
Funcionario(s) prestador(es)  
Establecimiento

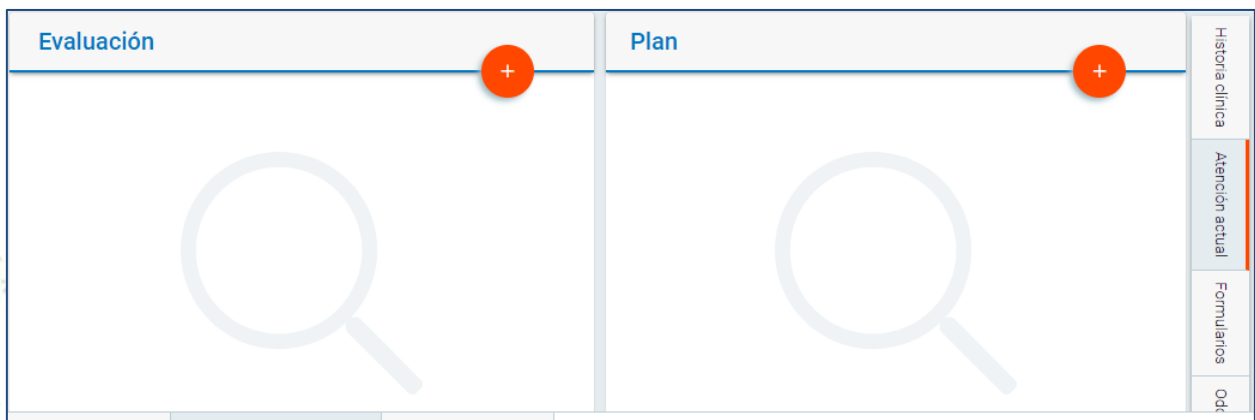
18-04-2019 09:19  
Neumonía bacteriana (Sospecha)

## CAPITULO 4. Atención Actual

Seleccione la pestaña "Atención actual", ubicado de manera lateral en la parte derecha de la pantalla, registro de atención.



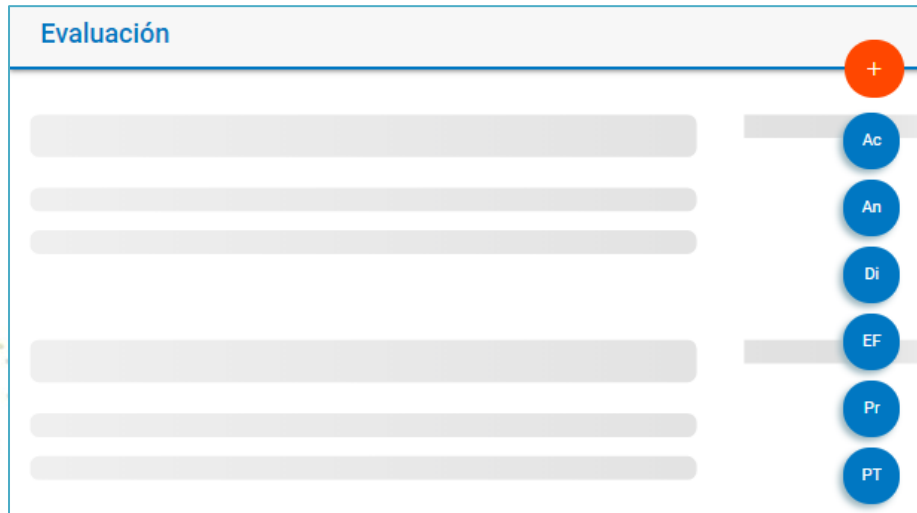
En esta pantalla deberá realizar el registro de la atención actual, dividiéndose en dos nuevas pantallas **Evaluación** y **Plan**



## EVALUACION

En esta sección se registra lo que todo aquello que es parte de la revisión y evaluación del paciente.

Al seleccionar el signo +, se visualizan las opciones de esa sección, : actividad, anamnesis, diagnóstico, examen físico, procedimiento odontológico y profesional o técnico.



Realice clic en la opción actividad para iniciar el registro.

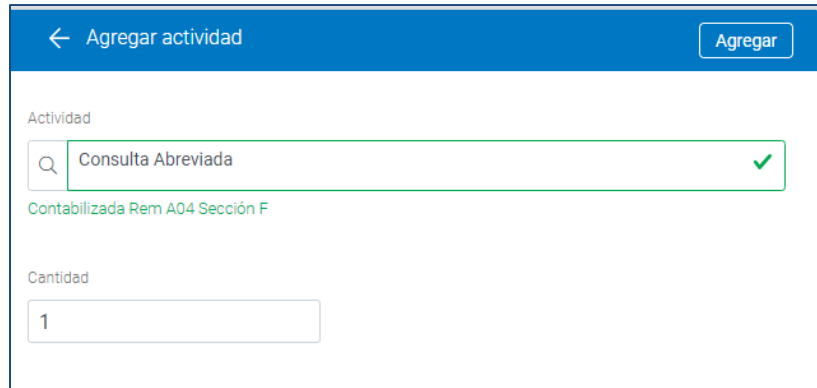


### Registro de Actividad

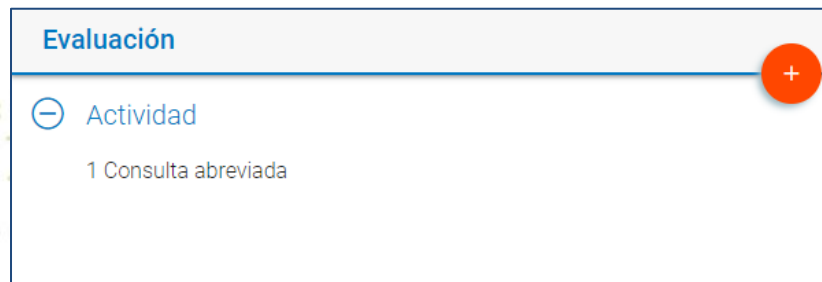
En este modal se pueden agregar todas las actividades realizadas al paciente en la atención, para ello debe completar en el cuadro con la lupa, la actividad que desee agregar y presionar enter.

Las actividades que visualiza dependen de aquellas que se encuentren seleccionadas en su perfil.

Además, debe seleccionar la cantidad de veces que se realiza dicha actividades la atención y hacer clic en agregar



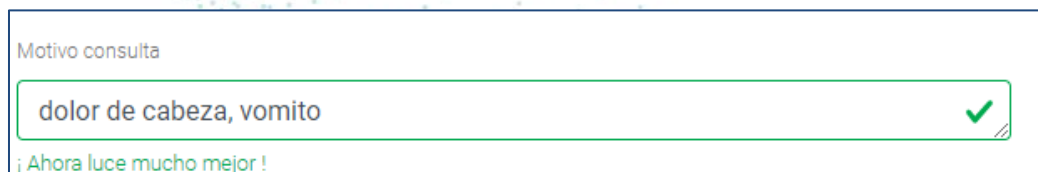
Se mantiene abierta este modal para continuar agregando actividades, pero si no desea agregar otra actividad presionar la flecha de la parte superior, lo que habilita nuevamente las opciones de Evaluación.



### Registro de la Anamnesis:

Para completar la anamnesis, debe registrar en texto libre, todos los campos disponibles en el modal, los que se detallan a continuación:

**Motivo de la consulta:** Corresponde a la sintomatología referida por el paciente.



**Historia de la enfermedad actual:** Registro del profesional que atiende respecto a los síntomas y signos encontrados en la atención, debe contener como mínimo 20 caracteres.

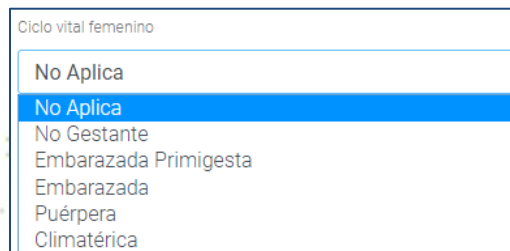
Historia de la enfermedad actual

Paciente acude al servicio de salud, por fuertes dolor de cabeza hace aproximadamente 2 días, acompañada de vomitos, dolor de garganta y fiebre hace 1 día

En la parte superior los profesionales tienen la opción de crear una plantilla con el objetivo de disminuir el tiempo de registro, para ello se debe ingresar título de la plantilla y en el campo texto, describir la información, una vez terminado presione el **botón guardar**.

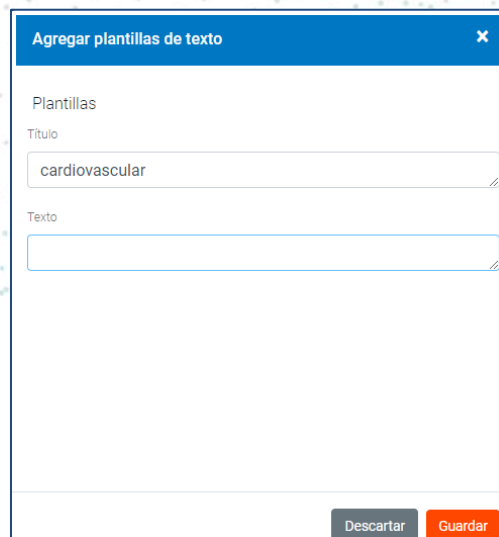
**Ciclo vital femenino:** En caso de que el paciente sea de sexo "Femenino" se debe registrar de manera obligatoria este campo, lo que habilita un listado de opciones al respecto (No gestante, embarazada primigesta, embarazada, puérpera o climatérica).

En el caso de seleccionar "Embarazada" o "Embarazada Primigesta", es necesario registrar la "Edad Gestacional", que se indica en semanas.



Ciclo vital femenino

- No Aplica
- No Aplica
- No Gestante
- Embarazada Primigesta
- Embarazada
- Puérpera
- Climatérica



Agregar plantillas de texto

Plantillas

Título

cardiovascular

Texto

Descartar Guardar

Una vez completado cada uno de los campos en el registro de anamnesis presione el botón **agregar**.

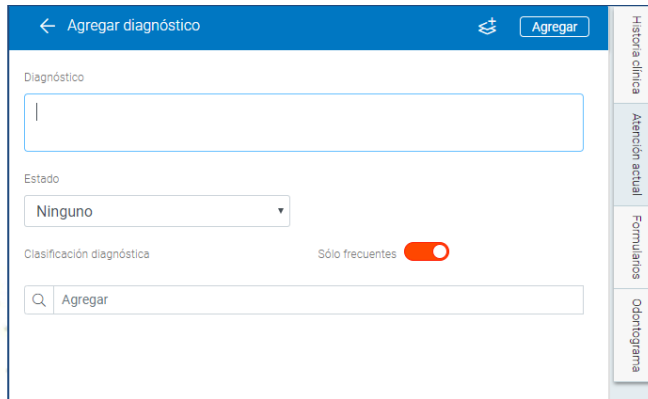
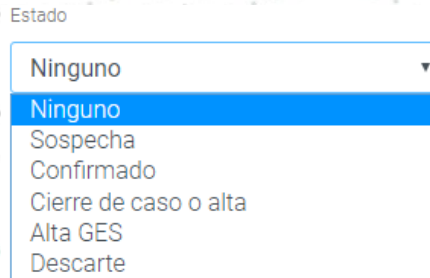
Agregar

## Diagnóstico

Para completar el diagnóstico en la ficha del paciente, se debe hacer clic en el + de la parte superior derecha y registrar la siguiente información:

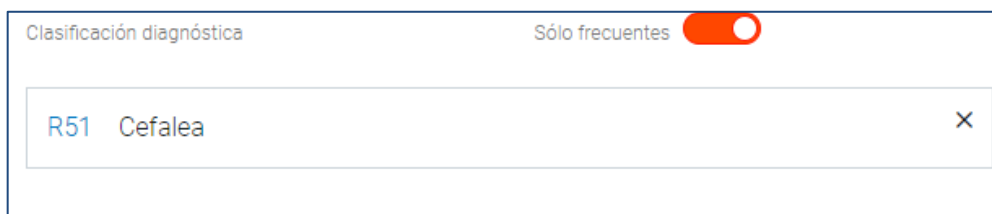
**Campo diagnóstico:** Campo de texto libre, en donde se puede describir con sus palabras el diagnóstico seleccionado, esto es parametrizable y puede no ser obligatorio.

**Estado:** Se debe indicar cuál es el estado del diagnóstico ingresado, por ejemplo: confirmado, sospecha descarte, alta GES etc.


**Clasificación diagnóstica:** Para completar este campo existe 2 opciones:

- Digitando código CIE10 y presionar "Enter". El sistema automáticamente desplegará la descripción de la clasificación diagnóstica.
- De lo contrario, si no conoce el código CIE10, escriba el diagnóstico y presione Enter, al seleccionar el diagnóstico automáticamente se anexará el código asociado.



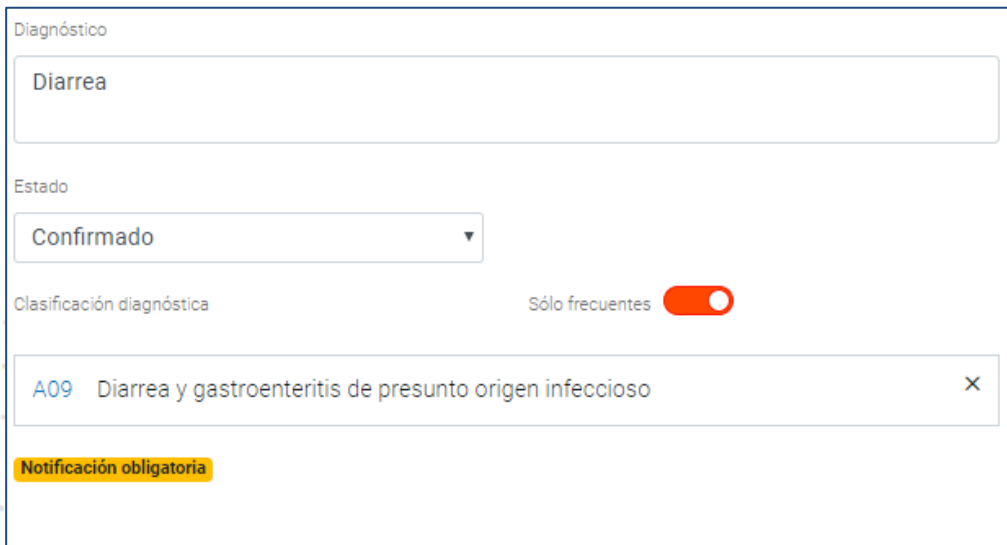


Una vez terminado de ingresar la información presione el botón **agregar**.



Si el diagnóstico seleccionado corresponde a lo definido como "Enfermedad de notificación obligatoria" el sistema RAYEN mostrará en la parte inferior del modal diagnóstico una alerta de color amarillo


Una vez terminado el proceso de registro del diagnóstico, el sistema habilita la opción de impresión.



The screenshot shows a form titled "Diagnóstico" with the following fields and controls:

- Diagnóstico:** A text input field containing "Diarrea".
- Estado:** A dropdown menu with "Confirmado" selected.
- Clasificación diagnóstica:** A label "Sólo frecuentes" next to a red toggle switch that is currently turned on.
- Diagnosis Code:** A text input field containing "A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso" with a close button (X) on the right.
- Alert:** A yellow highlighted box at the bottom containing the text "Notificación obligatoria".

En el caso que la selección sea una patología de tipo GES, el sistema indicará en la parte inferior "Problema Ges".

Si corresponde, el profesional deberá activar el switch  que aparecerá a continuación de Problema GES, en caso de seleccionar Si, automáticamente el sistema asociará el problema de salud a la Garantía Explicita de Salud.

Diagnóstico

Hipertension

Estado

Confirmado

Clasificación diagnóstica

Sólo frecuentes

110.X Hipertension Esencial (Primaria; ×

Problema **GES**

Hipertensión Arterial Primaria o Esencial

Para finalizar, seleccione el botón "Agregar".

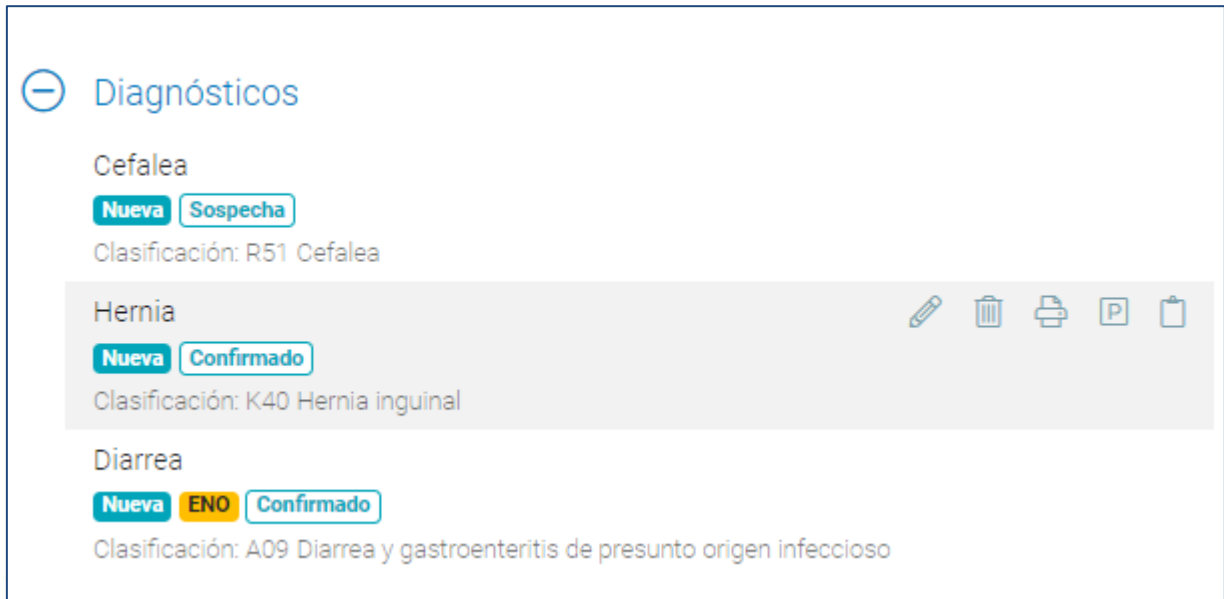
El sistema, según corresponda, realizará la siguiente consulta, ¿debe este diagnóstico aparecer en los antecedentes mórbidos personales relevante?, seleccione la opción sí o no según corresponda.

**Consulta** ×

¿Debe este diagnóstico aparecer en los antecedentes mórbidos personales relevantes?

No  Sí

Al finalizar los diagnósticos el sistema los visualizará de la siguiente manera:





Diagnósticos


Cefalea  
Nueva Sospecha  
Clasificación: R51 Cefalea

Hernia  
Nueva Confirmado  
Clasificación: K40 Hernia inguinal

Diarrea  
Nueva ENO Confirmado  
Clasificación: A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso

 Permitirá editar la información ingresada, modificar o agregar más información.

 Permitirá borrar la información ingresada.

 imprimir los documentos asociados a la patología según corresponda.

 Permite modificar el diagnostico seleccionado a principal.

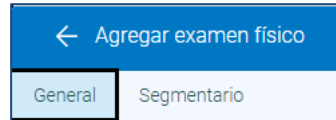
**Nota:** El sistema permitirá la utilización de cada uno de estos iconos solo si la ficha del paciente se encuentra en estado iniciada, una vez completada la atención no se podrá realizar ninguna modificación.

## Registro del Examen Físico

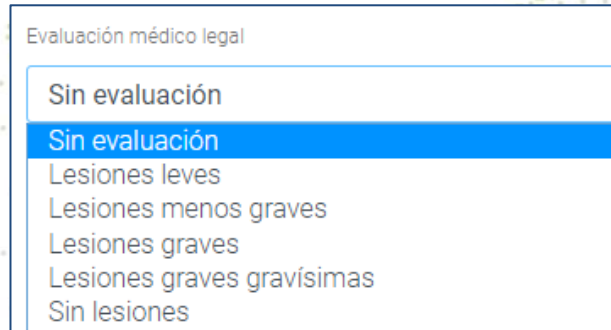
El examen físico está dividido en general y segmentario, a continuación, se detalla la función de ambas.

### Examen Físico General

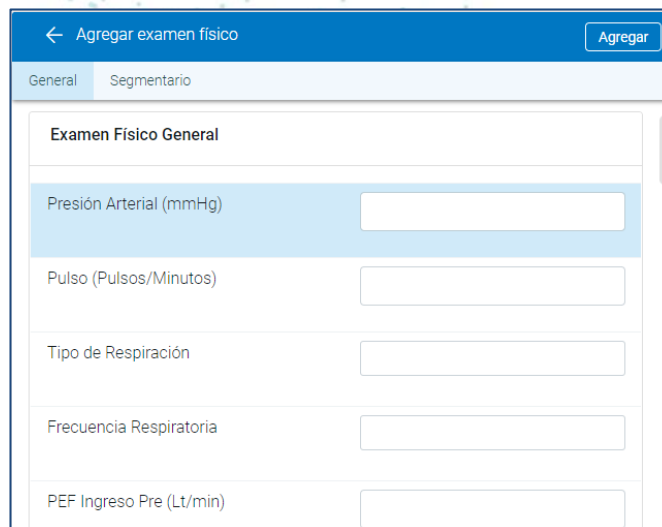
Para acceder al "Examen Físico General", debe hacer clic en el botón "General"



Permite, como primer campo, ingresar la "evaluación médico legal" según corresponda, para ello, seleccione una opción en el listado desplegable, en caso de no necesitar el registro de este, seleccione sin evaluación.



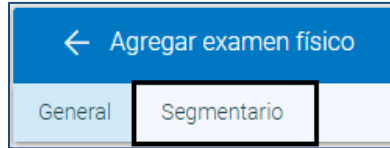
El examen general contiene todo lo relacionado al registro de signos vitales como: Presión arterial, temperatura axilar, temperatura rectal, pulso, frecuencia cardíaca, tipo de respiración, hemoglucotest, saturación entre otros.



Una captura de pantalla de la interfaz de usuario para "Agregar examen físico". Muestra pestañas para "General" y "Segmentario". El formulario "Examen Físico General" incluye los siguientes campos de entrada:

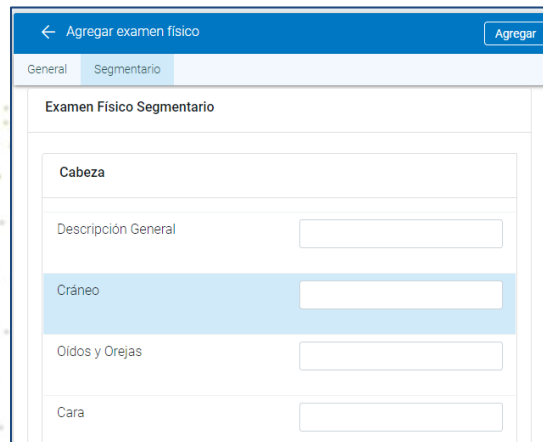
- Presión Arterial (mmHg)
- Pulso (Pulsos/Minutos)
- Tipo de Respiración
- Frecuencia Respiratoria
- PEF Ingreso Pre (Lt/min)

**Examen físico segmentario:** Para seleccionar esta sección debemos hacer clic en el botón "Segmentario"

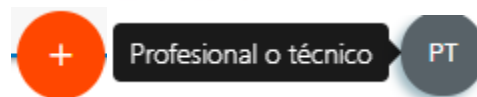


Donde podemos registrar el detalle de los síntomas o signos del paciente según la segmentación del cuerpo.

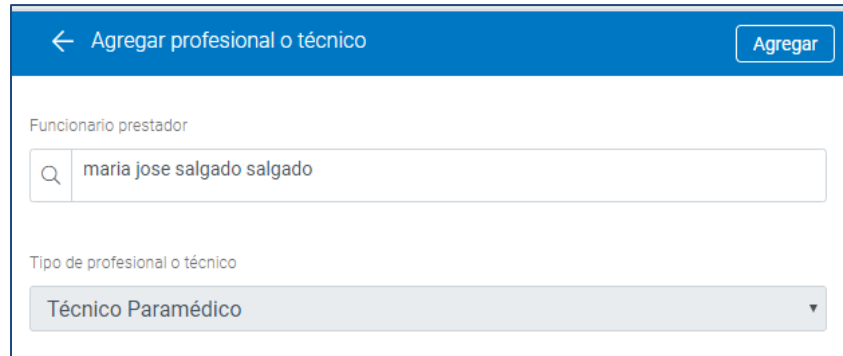
Este registro se realiza haciendo clic sobre el ítem a registrar, el cual es en texto libre.



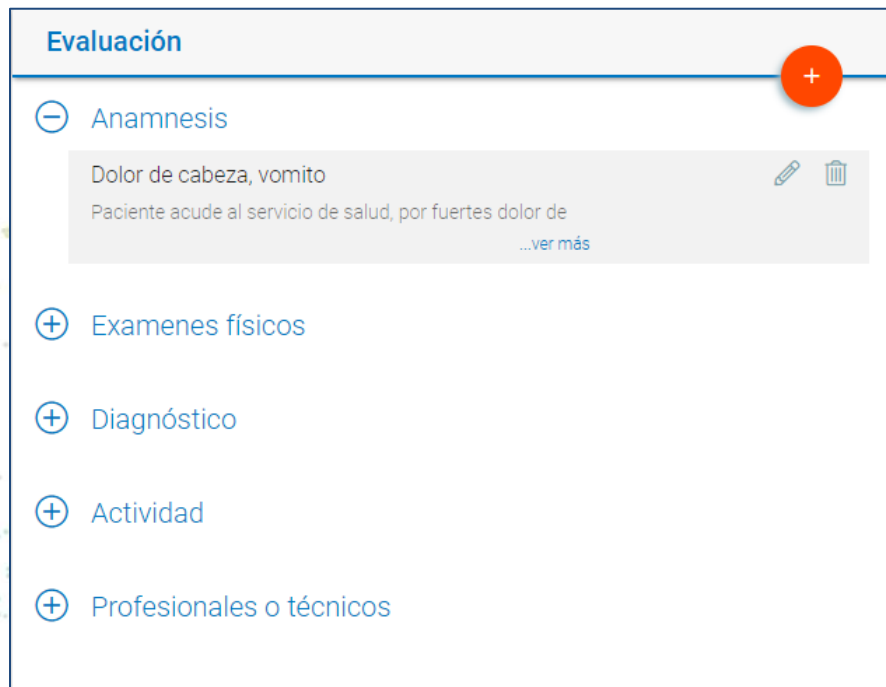
**Profesional o técnico:** Para realizar el registro de un profesional o técnico seleccione el signo + que se encuentra en un círculo de color rojo y presione el módulo agregar profesional o técnico



Este ítem o sección se utiliza cuando la atención es realizada por más de un profesional. Para ello, digite el nombre del profesional en el cuadro de Funcionario prestador y presione Enter, de forma automática el sistema completará el estamento vinculado al usuario seleccionado.





Para finalizar presione el botón "Agregar".



Para finalizar, la sección de evaluación cuenta con una botonera general en los ítems agregados, que explicamos a continuación en detalle.

 Expándela información ingresada en el ítem seleccionado.

 Permitirá editar la información ingresada, por lo que podrá modificar o agregar más información al ítem seleccionado.

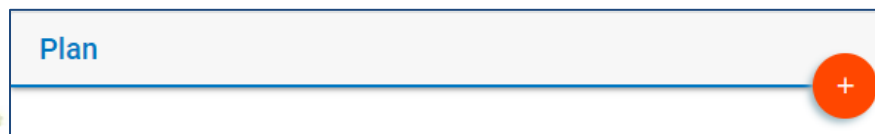
 Permite eliminar el ítem seleccionado.

**Nota:** El sistema permitirá la utilización de cada uno de estos iconos solo si la ficha del paciente se encuentra en estado iniciada, una vez completada la atención no se podrá realizar ninguna modificación.

## PLAN

Al lado derecho de la ficha del paciente se podrá ingresar los siguientes ítem para ingreso de información al paciente.

- Indicaciones
- Orden de atención
- Orden de procedimiento diagnóstico y laboratorio
- Receta
- Solicitud de hospitalización
- Solicitud de interconsulta



A rectangular input field with a light gray background and a blue border. The word "Plan" is written in blue text on the left side. On the right side, there is a red circular button with a white plus sign (+).

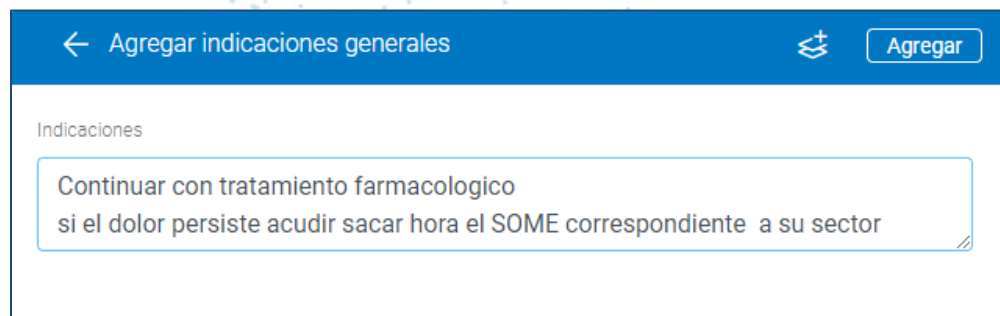
A continuación, se explica cada uno de los módulos en detalle.

## INDICACIONES

Para agregar una indicación, seleccione el signo + y presione ítem **"Indicaciones"**



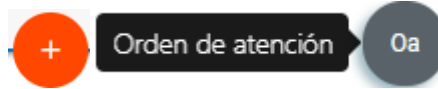
En este modal de texto libre, puede realizar el registro de Indicaciones Generales al paciente, para finalizar debe hacer clic en Agregar.



A screenshot of a mobile application modal. The title bar is blue and contains a back arrow, the text "Agregar indicaciones generales", a share icon, and a button labeled "Agregar". Below the title bar, the word "Indicaciones" is displayed. A text input field contains the text: "Continuar con tratamiento farmacologico si el dolor persiste acudir sacar hora el SOME correspondiente a su sector".

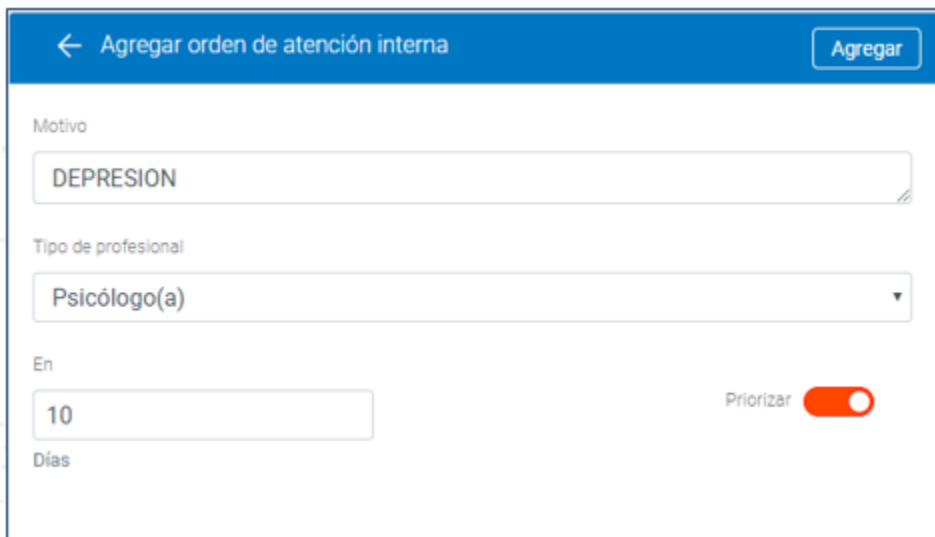
## ORDEN DE ATENCION INTERNA

Para ingresar una Orden de atención interna, hacer clic el signo + y seleccione el ítem “**Orden de atención**”



En el caso de que el Funcionario Prestador requiriera derivar a otro funcionario del establecimiento o puede registrar dicha solicitud ingresando el campo “**Motivo**”, “**Tipo de profesional**” y “**días**”. En caso de ser urgente, active el botón **Priorizar**, esto genera una alerta en SOME a la hora de citar.

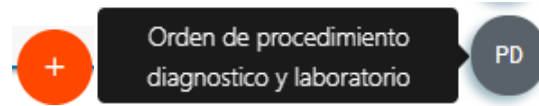
Para finalizar, presione el botón Agregar.

Formulario de "Agregar orden de atención interna" con los siguientes campos: "Motivo" con el texto "DEPRESION"; "Tipo de profesional" con el texto "Psicólogo(a)"; "En" con el texto "10"; "Días" (sin texto visible); y un botón "Priorizar" con un interruptor activado. El formulario tiene un encabezado azul con un botón "Agregar" a la derecha y un botón de retroceso a la izquierda.



### Orden de procedimiento diagnóstico y laboratorio

Para ingresar una Orden de procedimiento diagnóstico o laboratorio, hacer clic en el signo + y seleccione el ítem **“Orden de procedimiento diagnóstico y laboratorio”**.



Se abrirá una pantalla donde permitirá elegir el tipo de orden que necesitamos crear: Laboratorio, pruebas diagnósticas e imagenología. A continuación se detalla cada uno de ellos.

## Pruebas de laboratorio

- Una vez seleccionado orden de procedimiento diagnóstico, presione el ítem tipo de orden "Laboratorio"

← Agregar orden Agregar

Tipo de orden

Laboratorio ▼

- Seleccione un diagnóstico que será vinculado a la toma del examen.
- Ingrese una "Observación", campo de texto libre. Ejemplo: Examen en ayunas.
- Una vez terminado de ingresar los datos de la orden, seleccione el signo + ubicado en la parte inferior derecha de la orden de examen
- Para terminar presione el botón agregar.

Nota: En listado de exámenes ingresados, se visualiza un tachó de basura, que permitirá la eliminación del examen.

← Agregar orden Agregar

Tipo de orden

Laboratorio ▼

Clasificación diagnóstica

Seleccione un diagnóstico ▼

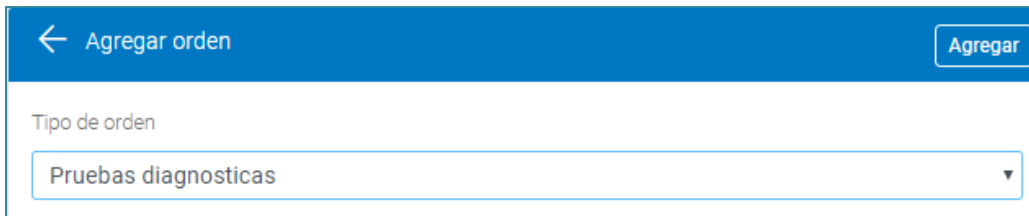
Observación de orden

Exámenes +

	Hemograma (Incluye Recuentos De Leucocitos Y Eritrocitos, Hemoglobina, Hematocrito, Formula Leucocitaria, Características De Los Elementos Figurados Y Velocidad De Eritrosedimentacion) acudir en ayunas.	
	Perfil Hematológico acudir en ayunas.	

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Una vez seleccionado orden de procedimiento diagnóstico, presione el ítem tipo de orden "Pruebas diagnósticas"



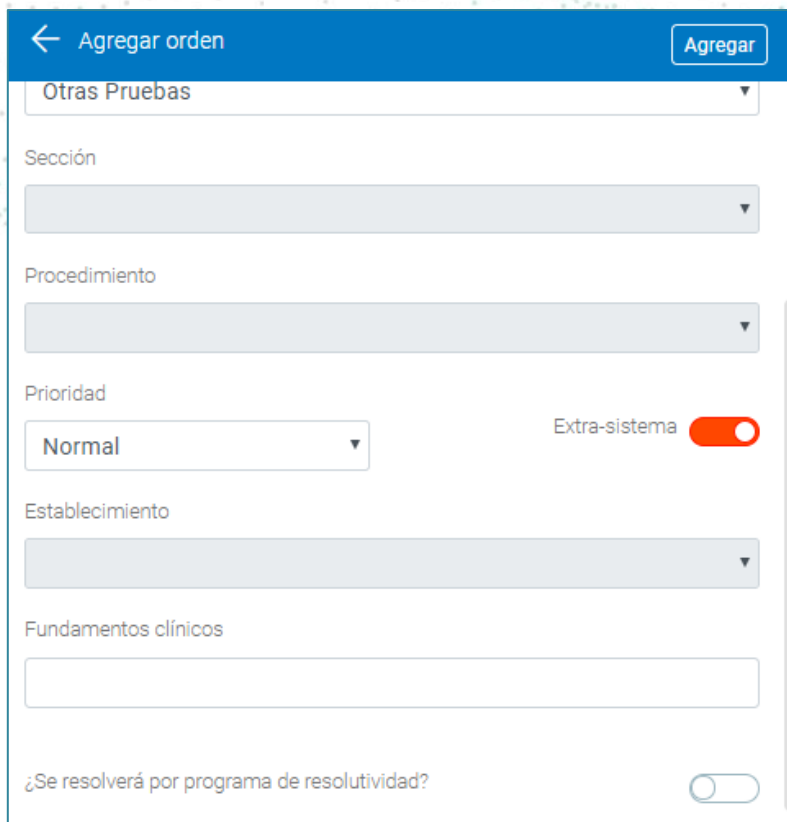
← Agregar orden Agregar

Tipo de orden

Pruebas diagnosticas ▼

- Seleccione un diagnóstico que será asociado a la orden de examen
- Seleccione especialidad, que corresponde a: prueba endoscopia, prueba de laboratorio, prueba citología, otras pruebas.
- Seleccione sección (utilizado para la realización de procedimiento)
- Seleccione un procedimiento
- Indique la prioridad (Alta, normal o baja)
- Seleccione un establecimiento
- Indique fundamentos clínicos, campo de texto libre
- Para terminar presione el botón agregar.

Nota: Active el switch si necesita que esta orden se realice en extra-sistema  
Active switch si esta solicitud se resolverá por programa de resolutiveitas.



← Agregar orden Agregar

Otras Pruebas ▼

Sección ▼

Procedimiento ▼

Prioridad

Normal ▼

Extra-sistema

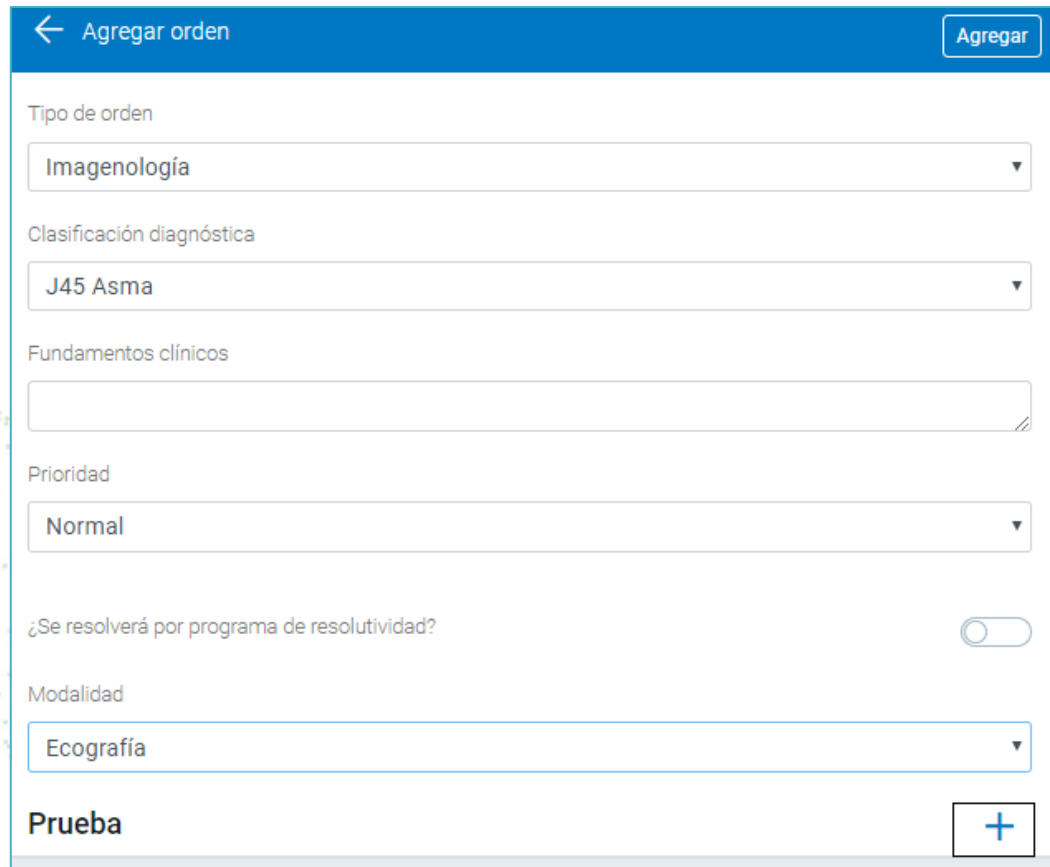
Establecimiento ▼

Fundamentos clínicos

¿Se resolverá por programa de resolutiveitas?

### Pruebas de Imagenología

- Una vez seleccionado orden de procedimiento diagnóstico, presione el ítem tipo de orden "Imagenología"
- Seleccione un diagnóstico que será vinculado a la toma del examen.
- Indique los fundamentos clínicos, campo de texto libre y obligatorio
- Seleccione una prioridad (Alta, normal o baja)
- Seleccione una modalidad



← Agregar orden Agregar

Tipo de orden  
Imagenología ▼

Clasificación diagnóstica  
J45 Asma ▼

Fundamentos clínicos

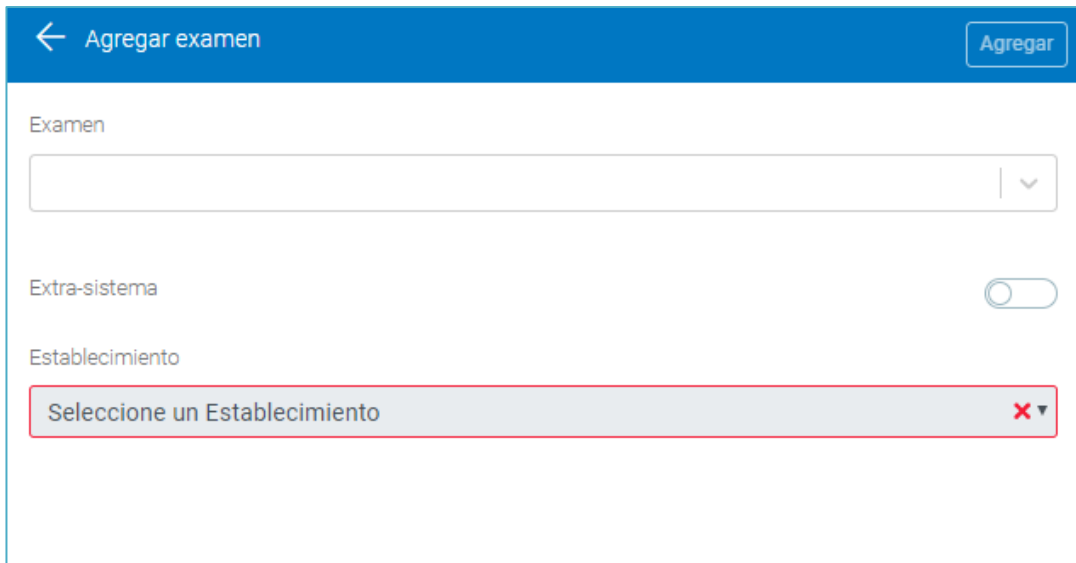
Prioridad  
Normal ▼

¿Se resolverá por programa de resolutiveidad?

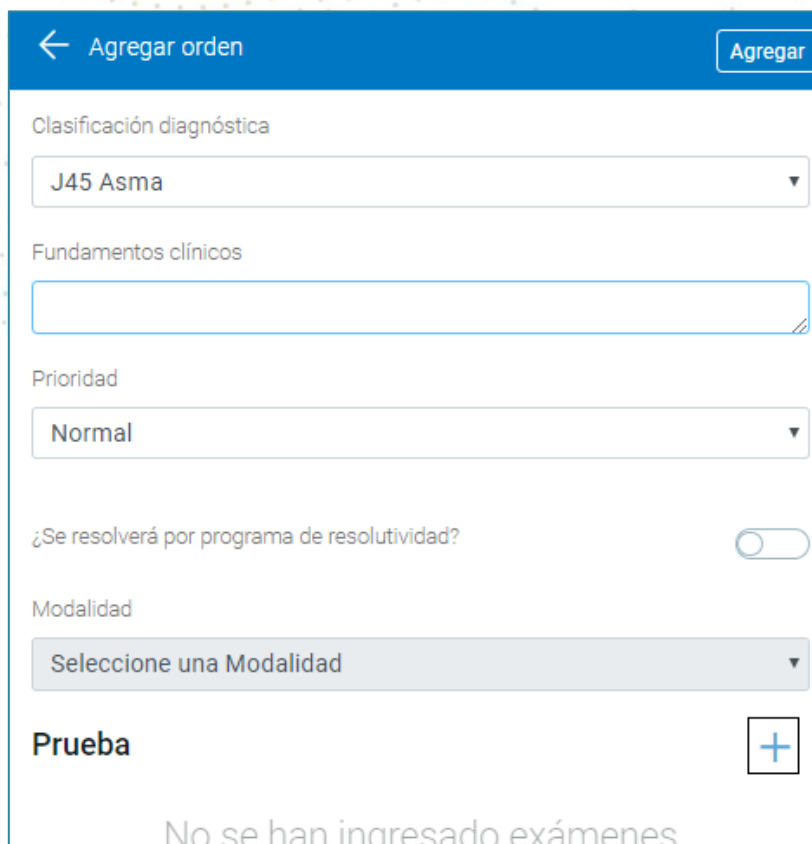
Modalidad  
Ecografía ▼

Prueba +

- Una vez ingresado la solicitud seleccione el signo + ubicado en la parte inferior de la solicitud de examen, en donde se abrirá una nueva pestaña emergente que permitirá ingresar el nombre del examen y el nombre del establecimiento, (esta información es previamente parametrizada)



- Una vez terminado de ingresar los exámenes, presione el botón agregar  
Nota: active el Switch en caso de solicitar el examen en extra-sistema (forma privada fuera del establecimiento)  
Active switch si la orden de examen se resolverá por programa de resolutiveidad.





Al seleccionar el lápiz, el sistema permitirá editar o agregar más información a la solicitud de examen.



Al seleccionar el tachito de basura, el sistema permitirá borrar la información ingresada



Seleccione el icono de impresora para imprimir la solicitud en ser caso necesario.

Nota: El sistema permitirá la utilización de cada uno de estos iconos mostrados anteriormente, solo si la ficha del paciente se encuentra en estado iniciada, una vez completada la atención, no se podrá realizar ninguna modificación.

## REGISTRO DE RECETA

Para agregar una receta, presione el signo + y seleccione el ítem **“Receta”**



- Para comenzar, seleccione el **“Tipo de Receta”** que necesita crear, lo que dependiendo de su parametrización indicará la vigencia de la receta, esta puede ser modificada por el profesional prescriptor.
- El sistema de forma automática mostrará la receta de tipo interna, es decir, para que su despacho se realice en el mismo establecimiento o alguno de la red, de lo contrario, sí el medicamento será comprado active el switch como receta externa.

Tipo de Receta

Morbilidad
▼

Vigencia

02-09-2019
📅

Receta externa

Para continuar, seleccione el diagnóstico que debe ir asociada a la prescripción. Y según corresponda puede activar el switch box “con problemas renales” lo que alertará al clínico en caso de que los medicamentos hagan alguna interacción al respecto.

← Agregar receta
Agregar

Tipo de Receta

Morbilidad
▼

Vigencia

07-10-2019
📅

Receta externa

Clasificación diagnóstica

J45 Asma
▼

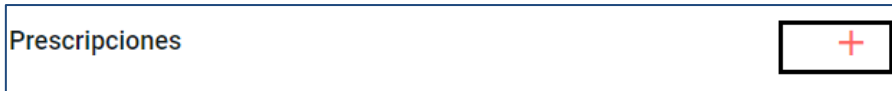
Con problemas renales

Prescripciones

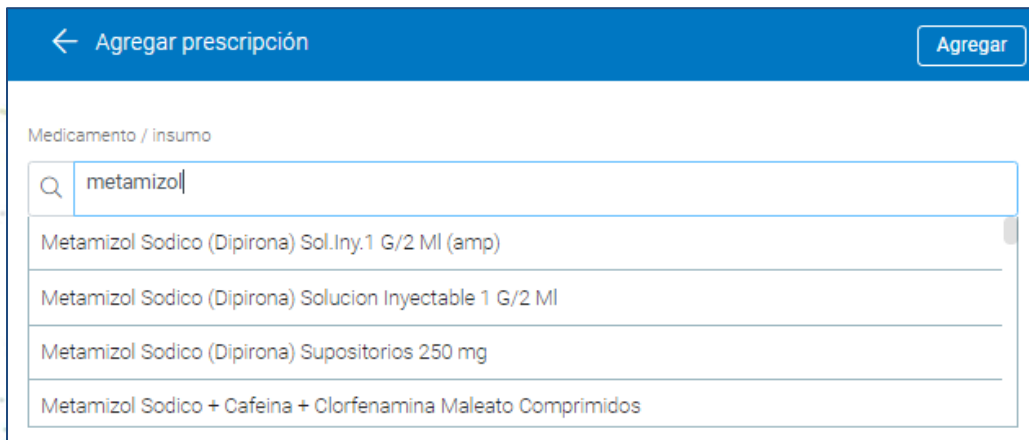
+

Finalmente agregamos los datos de los artículos a prescribir, como se describe a continuación.

Hacer clic en el signo + para iniciar, con ello se habilita un modal para registro de la prescripción.



Posteriormente se busca el artículo a prescribir, digitando el nombre en el combo "**medicamento/insumo**". (mínimo 4 caracteres), y presione "Enter" para el que el sistema muestre una lista relacionada con artículo digitado.



Para seleccionar el artículo a prescribir debe hacer un clic sobre él. Una vez ingresado el artículo el sistema mostrará la cantidad de stock que queda en bodega.

Disponibles 10.781.377 en Farmacia; 18.277 en Bodega Central

En el Campo "**Indicaciones de uso**", se podrá ingresar en texto libre, que sea de relevancia sobre la prescripción que se está agregando en la receta.

Una vez seleccionado el Artículo, digitar la posología del medicamento, para ello, seguir los siguientes pasos:

- **Cantidad:** Dosis por tipo de unidad a administrar. Se pueden ingresar decimales en la cantidad por ejemplo (1- 0,5-0,25)
- **Cada:** Es el intervalo de tiempo, que existe entre cada administración del Fármaco, el predeterminado para el campo "Cada" es "Hora", es decir, si se



ingresa un número y se presiona "Enter", el sistema pondrá automáticamente hora(s) después del número.

- El intervalo de tiempo puede ser modificado, acompañando al número con una letra específica al momento de ingresar el "Cada". Los intervalos permitidos son los siguientes:
  - Minuto (**n**)
  - Hora (**h**)
  - Día (**d**)
  - Semana (**s**)
  - Mes (**m**)
- **Por:** Es el intervalo de tiempo que dura la prescripción, es decir, por cuanto tiempo tomará el medicamento el Paciente, si se ingresa un número y se presiona "Enter", el sistema coloca el tiempo en días automáticamente después del número.
- Una vez ingresada la posología indiferente de la combinación que se haya realizado, en el campo "Total Recetado" el sistema entregará la cantidad de medicamento que se entregará en Farmacia.

### Posología

Cantidad	Cada		Por
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="8"/> Horas		<input type="text" value="7"/> Días
Cápsula			
Total a entregar			
<input type="text" value="21"/>			<input type="text" value="Cápsulas"/>

Una vez terminado de ingresar el fármaco junto a su prescripción seleccione el botón agregar

### Prescripciones

⊕

Metamizol Sodico + Cafeina + Clorfenamina Maleato

Comprimidos

1 cada 8 Horas por 7 Días

Para agregar un nuevo fármaco, seleccione el signo + y repita el mismo proceso ya mencionado.

## REGISTRO SOLICITUD DE HOSPITALIZACION

Este módulo no estará disponible para todos los establecimientos, debido que es parametrizable según las necesidades del centro médico.

- Para ingresar una Orden de hospitalización, seleccione el signo + y presione el módulo **"Solicitud de hospitalización"**



- Ingrese el diagnóstico asociado y seleccione prioridad de hospitalización

Diagnósticos asociados a la solicitud de hospitalización

K40 Hernia inguinal ▼

Prioridad

Seleccione una prioridad ▼

Seleccione una prioridad

**Menor 48 Horas**

Siete Días

Quince Días

Treinta Días

Otra

- Fecha estimada de hospitalización, para ellos digite la fecha directamente sobre el cursor o seleccione a fecha en el calendario.
- Motivo de hospitalización, para ello presione el cursor, en donde se abrirá una lista desplegable con las opciones de hospitalización.

Motivo

Seleccione un motivo ▼

**Seleccione un motivo**

Enfermedad Común

Intervención Qx

Procedimientos

Accidente y/o Agresión

Enfermedad Profesional

Seleccione un servicio de destino ▼

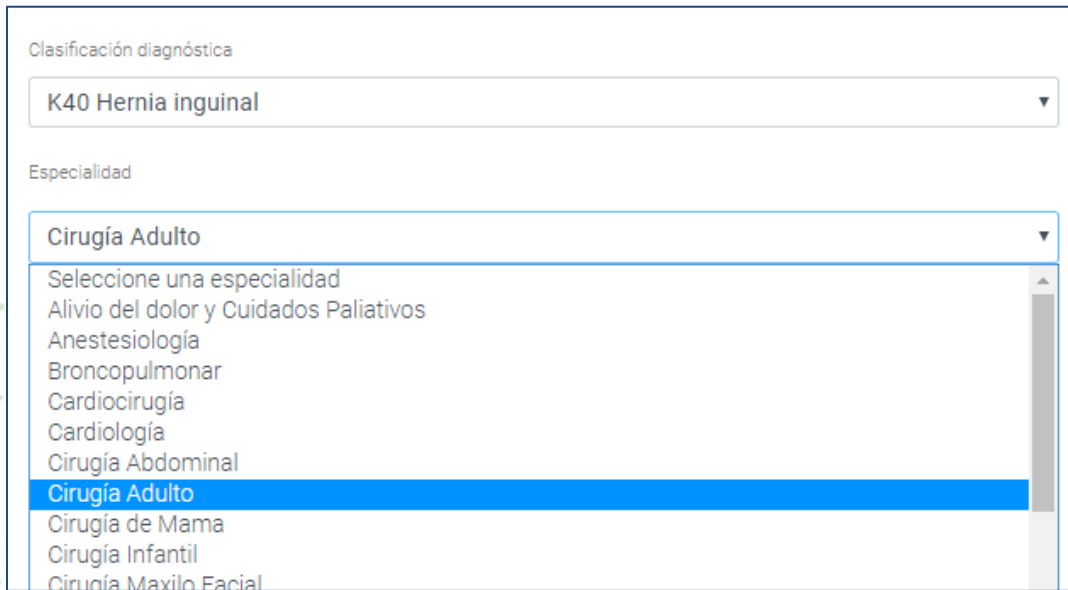
- Para continuar, seleccione un centro destino y servicio de destino ambos campos se encuentran parametrizados según el área hospitalizar.
- Ingrese una observación, este campo es de texto libre.
- Para terminar, presione el botón agregar.

## SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Para ingresar una Solicitud de interconsulta, seleccione el signo + y presione el ítem **"Solicitud de interconsulta"**

Solicitud de interconsulta SI

- En el cuadro "Clasificación diagnóstica", se debe seleccionar un diagnóstico que irá asociado con la Solicitud de interconsulta actual.
- Busque una especialidad, la cual es cargada según su mapa de derivación



Clasificación diagnóstica

K40 Hernia inguinal

Especialidad

Cirugía Adulto

Seleccione una especialidad

Alivio del dolor y Cuidados Paliativos

Anestesiología

Broncopulmonar

Cardiociugía

Cardiología

Cirugía Abdominal

**Cirugía Adulto**

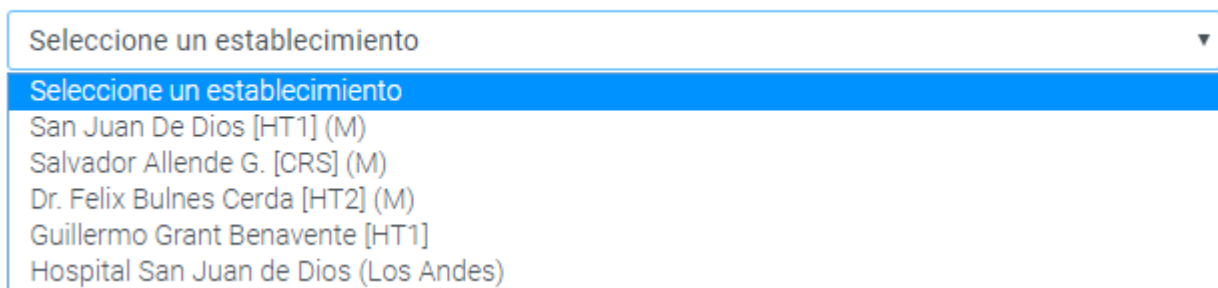
Cirugía de Mama

Cirugía Infantil

Cirugía Maxilo Facial

- Una vez seleccionado la especialidad, se activará el campo "Establecimiento", este mostrará en nombre de los centros de salud que tengan vinculado la especialidad marcada.

Establecimiento



Seleccione un establecimiento

**Seleccione un establecimiento**

San Juan De Dios [HT1] (M)

Salvador Allende G. [CRS] (M)

Dr. Felix Bulnes Cerda [HT2] (M)

Guillermo Grant Benavente [HT1]

Hospital San Juan de Dios (Los Andes)

- El "Problema de Salud" aparecerá automáticamente en el caso que el diagnóstico seleccionado sea una patología GES.
- Seleccionar el "Motivo", en el caso de que el motivo seleccionado sea "Otro", se activará el campo "Especificar", campo de texto libre donde se debe describir el

Motivo de la solicitud.

- Seleccionar una "Prioridad" (Alta, normal o baja)

Motivo  
Confirmación Diagnostica

Prioridad  
Normal

- Digite los "**Fundamentos Clínicos**" campo de texto libre de origen obligatorio con un máximo de 2000 caracteres.
- Digite "**Exámenes a Complementar**", y "**Observaciones**", ambos campos de texto libre y se utiliza para complementar la información pero no es de origen obligatorio.

Fundamentos clínicos  
membrana que recubre la cavidad abdominal sobresale por un orificio débil en el abdomen

Exámenes adjuntos  
ultrasonido, exámenes de hematología, laparoscopia

Observación

- Una vez completados los campos necesarios de la interconsulta, presione el botón "Agregar", Visualizando dicha IC en la sección plan de la atención actual.

Plan

- + Indicaciones generales
- + Recetas
- + Orden de examen
- Solicitud interconsulta
  - Cirugía adulto
  - San Juan De Dios [ht1]
  - Confirmación diagnostica

Buttons: edit, delete, print

En cada ítem se habilita una serie de acciones que se detallan a continuación:



Permitirá editar o agregar más información a la solicitud de interconsulta.



permitirá borrar la información ingresada



Permitirá imprimir la documentación en el caso necesario.

Notas: Los campos obligatorios para completar una atención son: actividad diagnóstico y anamnesis.

El sistema permitirá la utilización de cada uno de estos iconos mostrados anteriormente, solo si la ficha del paciente se encuentra en estado iniciada, una vez completada la atención, no se podrá realizar ninguna modificación.

Una vez terminado de ingresar los ítem deseados de Evaluación y Plan, se visualizará de la siguiente manera:

Evaluación	Plan
⊕ Anamnesis	⊕ Indicaciones generales
⊕ Diagnósticos	⊕ Recetas
⊕ Actividad	⊕ Orden de examen
⊕ Profesionales o técnicos	⊕ Solicitud interconsulta

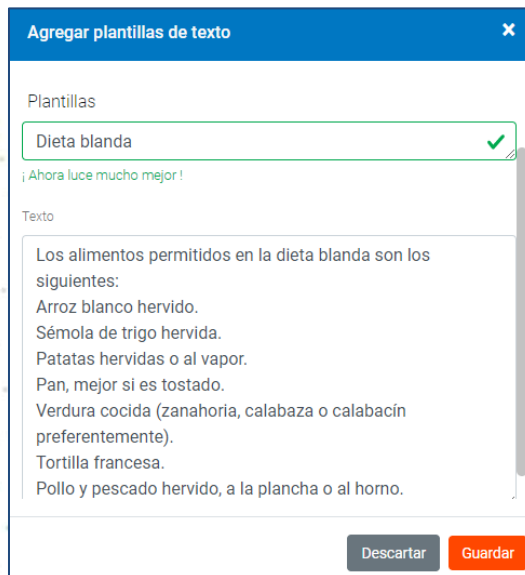
## PLANTILLA DE TEXTO

En los módulos de anamnesis, indicaciones, interconsulta, solicitud de hospitalización, se visualizará en la parte superior de la ficha del paciente un icono identificado como plantilla de texto, que puede ser utilizado para agregar o crear una nueva plantilla y así acortar los tiempos de registro, para ello, seleccione el icono mencionado y complete los datos solicitados.



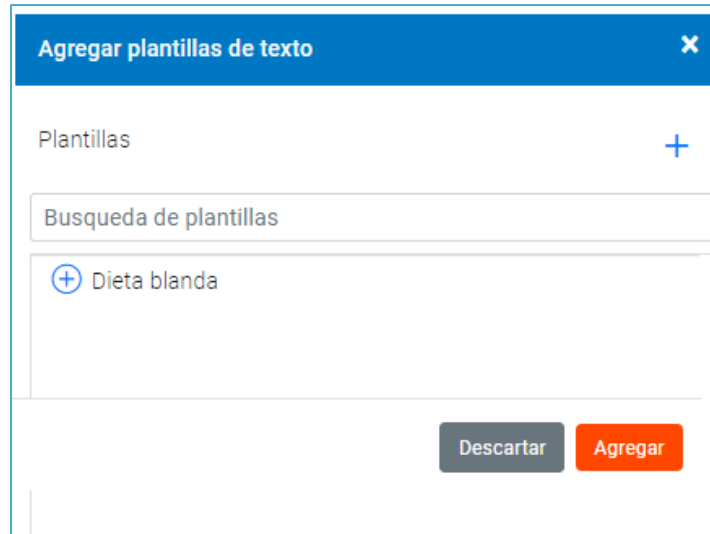
Ingrese el nombre de la plantilla y describa las indicaciones, ambos campos de texto libre. U

na vez terminado presione el "Guardar"



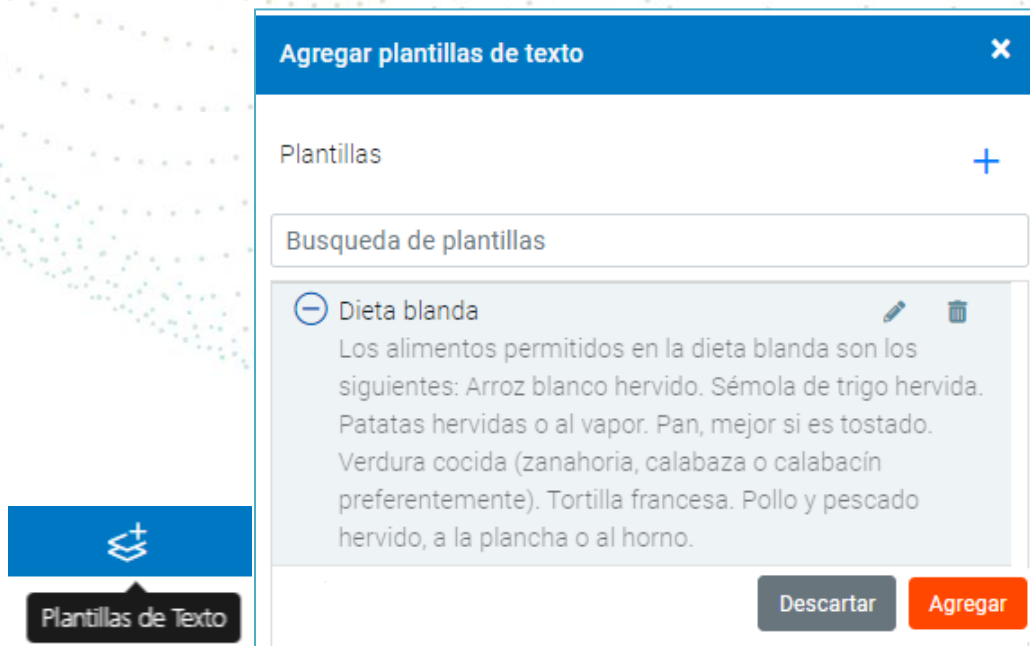
La imagen muestra una ventana emergente con el título "Agregar plantillas de texto". Dentro de la ventana, hay un campo de texto con el valor "Dieta blanda" y un ícono de verificación en verde a la derecha. Debajo del campo, hay un mensaje de feedback: "¡ Ahora luce mucho mejor !". En la parte inferior de la ventana, hay un campo de texto con el contenido: "Los alimentos permitidos en la dieta blanda son los siguientes: Arroz blanco hervido. Sémola de trigo hervida. Patatas hervidas o al vapor. Pan, mejor si es tostado. Verdura cocida (zanahoria, calabaza o calabacín preferentemente). Tortilla francesa. Pollo y pescado hervido, a la plancha o al horno." En la parte inferior derecha de la ventana, hay dos botones: "Descartar" (gris) y "Guardar" (rojo).

Una vez terminado de ingresar las indicaciones, presione el botón "**Agregar**".



Para crear una nueva plantilla realice repita los mismos pasos antes mencionado, una vez terminado presione el botón agregar.

Para agregar una plantilla a la atención del paciente, digite el nombre de la plantilla en el buscador o seleccione directamente y presione el botón agregar.

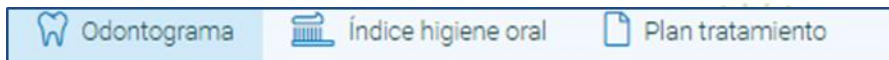


## CAPITULO 5. REGISTRO DE ODONTOGRAMA

Para ingresar al odontograma, presione la pestaña ubicada en la parte lateral de la ficha del paciente.



Al ingresar al módulo Odontograma, encontraremos 3 submódulos: **Odontograma**, **índice higiene oral** y **plan de tratamiento**, a continuación, se detalla cada uno:



### Odontograma

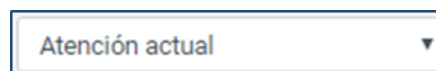
Al ingresar al odontograma, e iniciar un tratamiento se debe seleccionar la pestaña Inicial o tratamiento.



**Inicial:** Corresponde al inicio de un tratamiento odontológico

**Tratamiento:** Una vez iniciado el tratamiento el profesional repartirá el tratamiento en 1 o más sesiones.

**Atención actual:** Si es la primera atención del paciente y no presenta registro de un odontograma, ya sea activo o cerrado, al desplegar este drop down solo se mostrará una etiqueta con el texto **"Atención Actual"**



Si el paciente ya presenta registros de odontograma, ya sea abiertos o cerrados, al desplegar este drop down, se mostrará el historial de cambios con el siguiente formato:

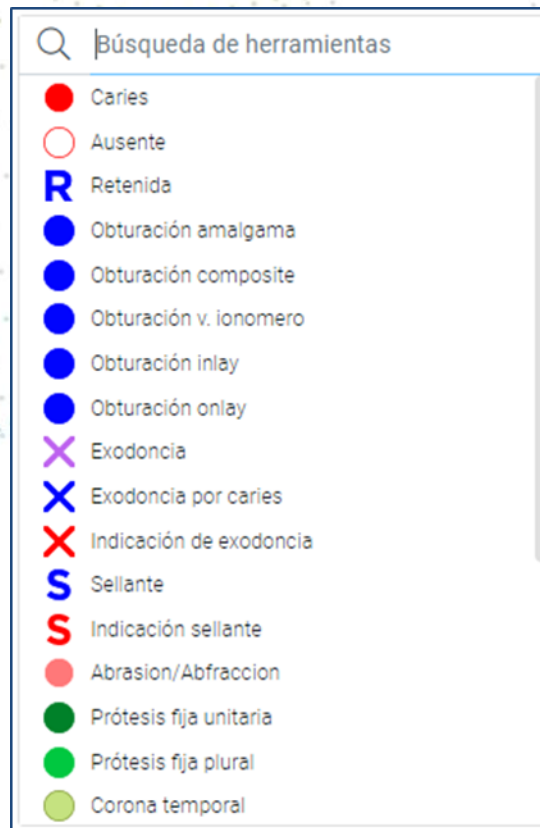


Ver atenciones
Actual
25-02-2019
14-01-2019
16-12-2018
15-11-2018
15-11-2018 (Cerrado)

**Crear nuevo:** Se refiere a la posibilidad de que el profesional Odontólogo pueda comenzar a utilizar un nuevo odontograma que no tendrá registro alguno, con ello podrá crear un nuevo estado inicial del paciente y nuevos tratamientos.

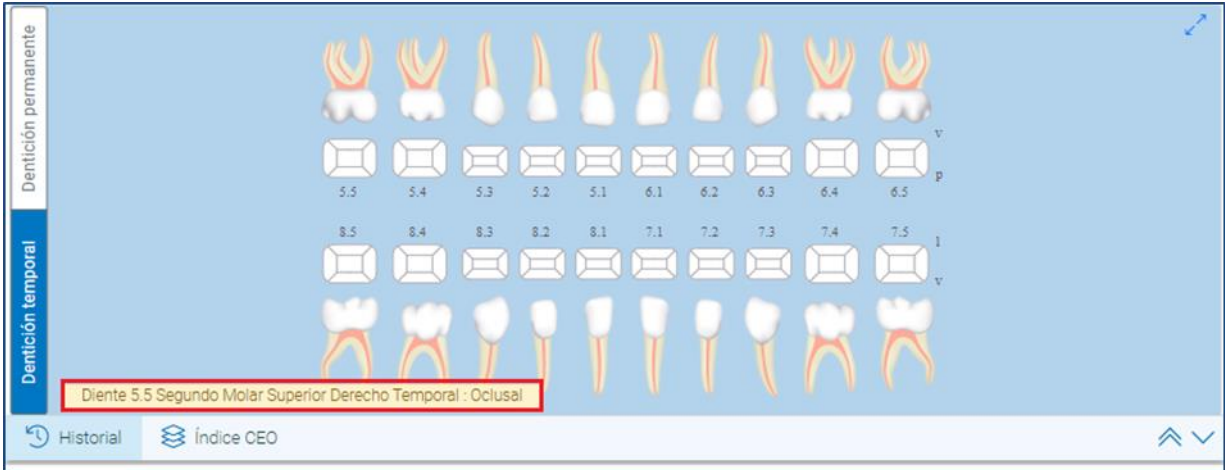
[Crear nuevo](#)

Al posicionarse al lado izquierdo de la pantalla, se podrá visualizar una barra de herramientas con todos los iconos correspondiente a odontología o realizar una búsqueda específica como: carie, ausente, retenida, obturación, exodoncia, exodoncia por caries, indicación por exodoncia, sellante, abrasión, prótesis fija entre otras.



Al posicionarse al lado derecho de la ficha del paciente, RAYEN mostrará las piezas dentales, al estar posicionado con el puntero del mouse, sobre una pieza y su cara, el sistema tiene la capacidad de mostrar, el nombre de la pieza, el tipo de pieza,

nombre de la cara, además del número de esta, todo esto en la barra amarilla que está sobre el Odontograma.



### Caras dentales

Cada diente tiene 5 caras las cuales se representan de la siguiente forma según su tipo: Distal, Vestibular, Oclusal, Mesial, Palatina, Incisal:



Rayen odontológico cuenta con 2 esquemas:

**Odontograma Niño:** Dentición Temporal

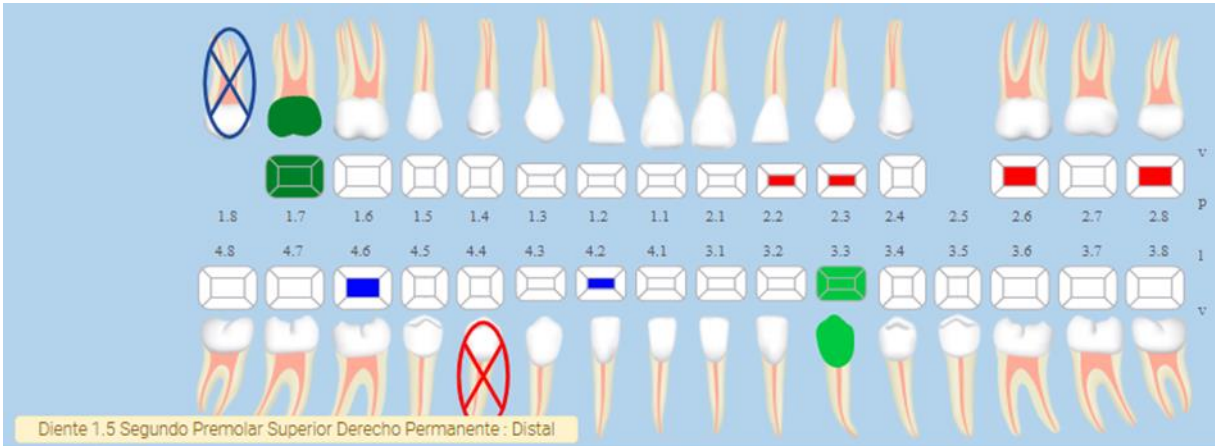
**Odontograma Adulto:** Dentición Permanente.

Se puede elegir uno u otro, seleccionando la pestaña correspondiente.



## PACIENTES CON ATENCIONES

Si el paciente tiene atenciones odontológicas realizadas, el odontograma se mostrará con información en las piezas:



RAYEN mostrará el "Odontograma Inicial" o el "Odontograma de Tratamiento", dependiendo si se ha realizado en alguna atención anterior un odontograma en estado Tratamiento (que este abierto o activo). En los casos que se ha realizado uno de Tratamiento, al abrirse el odontograma aparecerá el de Tratamiento, en caso contrario se abrirá el de estado Inicial.

**NOTA: Por defecto el esquema de Adulto debe aparecer seleccionado, si el paciente tiene sobre 6 años de edad.**

**El odontograma Adulto:** Consta de 32 dientes permanente que se divide de la siguiente forma: 12 molares, 8 premolares, 4 caninos, 4 incisivos centrales y 4 incisivos laterales

### Registro de Odontograma

Para registrar el estado de las piezas dentales, se debe seleccionar un icono de la barra de herramienta y luego seleccionar la pieza dental.

Ejemplo: En el estado inicial del Odontograma, seleccione el icono carie y luego realice clic en la pieza dental, RAYEN además mostrará el número de la pieza 1,6 primero molar superior derecho permanente Oclusal.



Una vez seleccionada la carie en la pieza dental, el sistema registrará la fecha de la atención, el número de pieza seleccionada, el tipo de cara funcionario quien registro este procedimiento y una observación.

### Revertir Registro

Para desmarcar la cara de una pieza, basta con hacer clic sobre la cara ya marcada, anulando el registro. Esta acción se podrá realizar durante la atención actual, por lo que no se podrá revertir en un Odontograma anterior.

### Registro Índices CEO y COPD

Se actualizarán inmediatamente al registrar el estado de una pieza, en su correspondiente índice:

**CEO:** Corresponde a una dentición temporal.

**COPD:** Corresponde a una dentición permanente.

**NOTA:** Ambos se irán actualizando automáticamente y se calculará de acuerdo al estado.

Para Registrar un Índice CEO/COPD = cero 0 (paciente sano: sin caries, ni obturaciones y/o piezas perdidas) debe marcar el check box acción para confirmar el índice, finalmente presione el botón guardar

The screenshot shows a dental software interface. At the top, there are tabs for 'Inicial' and 'Tratamiento', a dropdown for 'Atención actual', and a 'Crear nuevo' button. The main area displays a tooth chart with permanent and temporary dentition. Below the chart, there are tabs for 'Historial' and 'Índice CEO'. A table below shows the following data:

Fecha	Estado	Cariados	Obturados	Extraídos	Índice	Acción
2019-10-14	Editado	0	0	0	0	Confirmar índice

Por ejemplo: Al aplicar la herramienta "Caries" sobre una pieza dentaria se suma en la columna caries y al aplicar posteriormente la herramienta "Obturación Composite", descuenta la columna caries y la suma a la columna de obturadas.

The screenshot shows a table for 'Índice COP' with the following data:

Fecha	Estado	Cariados	Obturados	Extraídos	Índice	Acción
2019-09-10		1	1	0	2	

Este recuadro está compuesto por columnas donde se visualiza la información actual de piezas dentales, permanentes obturadas, cariadas o extraídas, de acuerdo a la información registrada mediante la funcionalidad de odontograma o a través del registro de procedimientos odontológicos de la ficha clínica del paciente.

La lista que se despliega en esta grilla se ordena desde la fecha más actual a la fecha más antigua. Se compone por:

- **Fecha:** Corresponde en la fecha en la cual se obtiene el índice calculado.
- **Estado:** Indica si el registro es editado, es decir, si se modificó la información relacionada al índice de higiene oral, "Cariados", "Obturados" o "Extraídos". Si el registro se modificó en esta columna se desplegará el valor "Editado".
- **Cariados:** Registra el número de piezas de tipo Temporal que registran caries en una o más caras de la pieza dental o en la zona de inicio de raíz de la pieza.
- **Obturados:** Registra el número de piezas de tipo Temporal que registran Obturaciones en una o más caras de la pieza dental u obturaciones a nivel de inicio

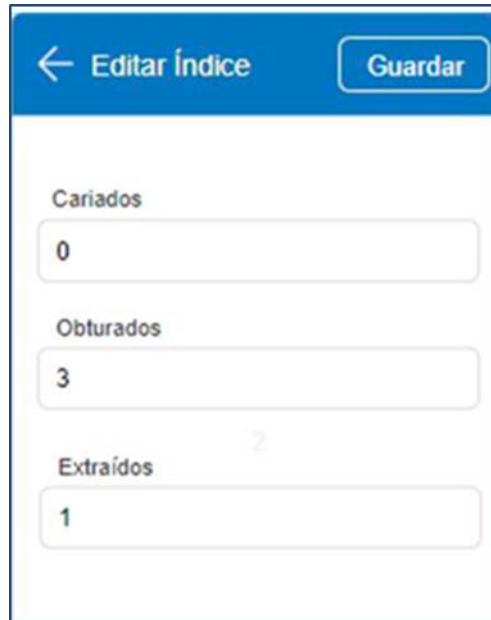
de la raíz de la pieza o en la pieza como tal (como puede ser una prótesis fija unitaria)

- **Extraídos:** Registra el número de piezas de tipo Temporal que registran una Exodoncia por caries.
- **Índice:** Sumatoria de las piezas temporales Cariadas, Obturadas, o Extraídas por caries. Cuando se realiza la edición de algún valor en "Cariados", "Obturados" o "Extraídos" el cálculo se realiza de acuerdo a los valores registrados en dichas columnas.
- **Acción:** Columna compuesta por controles para realizar acciones dentro del cálculo del índice CEO, los cuales pueden ser:
  - a. Check Box para la confirmación de índice (solo presente si no existen registros en el odontograma)
  - b. Herramienta para la Edición del índice (estas acciones estarán descritas en la sección de edición de índice CEO de este documento).

### Edición de índice CEO Y COPD

Existen 2 formas en que se realizará la edición manual del índice CEO

1. Cuando en la atención actual no se presenta ningún tipo de registro en el odontograma que afecte el índice CEO, es decir: 0 cariados, 0 Obturados, 0 Extraídos, el cálculo del índice CEO será 0. En los casos que se presente esta situación dentro de la grilla aparecerá un check box para confirmar que el resultado del índice es 0. Al realizar esta acción en la grilla se reescribirán los 0 que trae por defecto y cambiará su estado a "Editado".
2. Cuando en la atención actual el odontograma presenta registros que dan como resultado que el índice CEO es mayor que 0, para el registro de la atención actual en la columna "Acción", se desplegará un icono de edición, donde al posicionarse sobre éste se desplegará el tooltip "**Editar Índice**". Al accionar este control se debe desplegar un recuadro que emergerá desde el costado izquierdo de la pantalla, el cual se permitirá la edición del índice CEO en caso de presentar un error en el Odontograma.



← Editar Índice Guardar

Cariados  
0

Obturados  
3

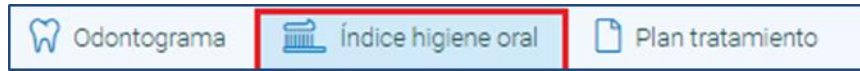
Extraídos  
1

### Observaciones:

- La herramienta: "Exodoncia por caries" suma en el campo Extraídos de los índices. Ya que la herramienta "Exodoncia" hace referencia a las exodoncias por motivos periodontales y ortodoncicos.
- "Prótesis Fija Unitaria", "Prótesis Fija Plural" y "Prótesis Removible", quedan restringidas para las piezas temporales
- Para el registro de una corona metálica/preformada/composite en diente temporal se debe utilizar la herramienta "Corona Temporal".
- La obturación del tipo "Obturación provisoria" no tiene incidencia en el índice COP, ya sea aplicada sobre una cara dental o en la zona inicial de la raíz de una pieza dental permanente. Si se tapa una caries con este tipo de Obturación, la pieza dental seguirá considerándose dentro de la sección CARIADOS.
- Si un diente permanente presenta en la actualidad obturaciones y caries, esta pieza dental será contabilizada en la sección CARIADOS. Siempre prevalece la condición de cariada sobre la de obturada.
- Las acciones realizadas en los terceros molares (piezas 1.8, 2.8, 3.8 y 4.8) por registro de Caries, Exodoncias y Obturaciones, no se contabilizan en el índice COP, por lo tanto, no se deben considerar en las columnas CARIADOS, OBTURADOS, EXTRAIDOS y por lo mismo no influirán en el cálculo del índice COP.
- Una carie en la zona inicial de la raíz de una pieza permanente provoca que la pieza dental se contabilice en la columna CARIADOS

## Registro de Índice de Higiene Oral

Realice clic sobre la pestaña "Índice higiene oral"



En el recuadro se visualiza por defecto 6 piezas y caras dentales representativos de la boca, para determinar la placa bacteriana presente. Estas piezas estándar son las utilizadas para calcular el Índice de Higiene Oral

**Nombre Pieza:** Nombre de pieza dental utilizada en el cálculo del índice de higiene Oral.

**Cara:** Cara de la pieza dental a evaluar, para el cálculo del índice de higiene Oral.

**Criterio de IHO:** Se despliega lista con opciones relacionadas a presencia o no de depósitos de placa bacteriana en la cara dental del diente correspondiente, Las opciones que se despliegan son las siguientes:

- No hay depósitos.
- Depósitos en un tercio.
- Depósitos en dos tercios.
- Depósitos en más de dos tercios.

Índice Higiene Oral			
Nº	Nombre pieza	Cara	Criterio IHO
1.1	Incisivo Central Superior Derecho Permanente	Vestibular	<input type="text"/>
1.6	Primer Molar Superior Derecho Permanente	Vestibular	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;">                     No hay depósitos                      Depósitos en un tercio                      Depósitos en dos tercios                      Depósitos en más de dos tercios                 </div>
2.6	Primer Molar Superior Izquierdo Permanente	Vestibular	<input type="text"/>
3.1	Incisivo Central Inferior Izquierdo Permanente	Lingual	<input type="text"/>
3.6	Primer Molar Inferior Izquierdo Permanente	Lingual	<input type="text"/>
4.6	Primer Molar Inferior Derecho Permanente	Lingual	<input type="text"/>
			Nivel higiene oral Óptimo IHO: 0

Cada una de estas opciones tiene un código, que es el que permitirá obtener el índice de higiene Oral. Los Códigos correspondientes a cada criterio son los siguientes:

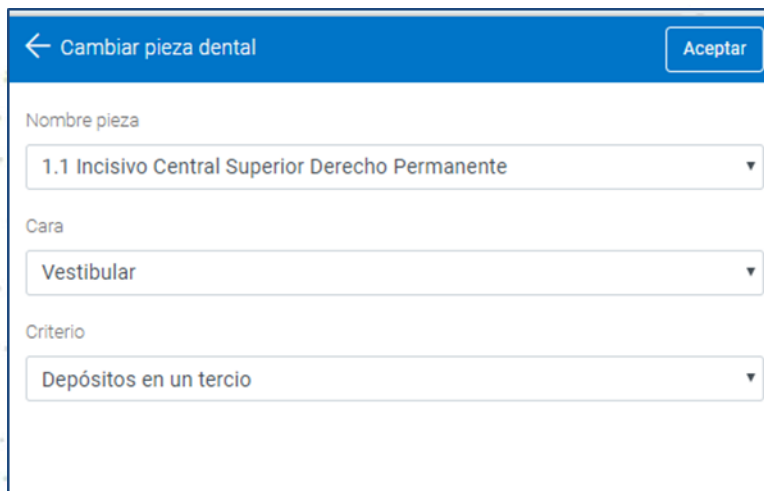


Criterio	Código
No hay depósitos.	0
Depósitos en un tercio.	1
Depósitos en dos tercios.	2
Depósitos en más de dos tercios.	3

De esta forma cada pieza y cara de la grilla tendrá un código asociado y se visualizará el resultado de higiene oral bajo el recuadro.

Nivel higiene oral Regular IHO: 1.50

Al presionar el lápiz el sistema permitirá cambiar el nombre de la pieza dental, la cara y criterio. Una vez terminado de realizar la modificación, presione el botón Aceptar.



Una vez terminado de agregar el índice de higiene oral presione guardar.

## Registro de Plan de Tratamiento

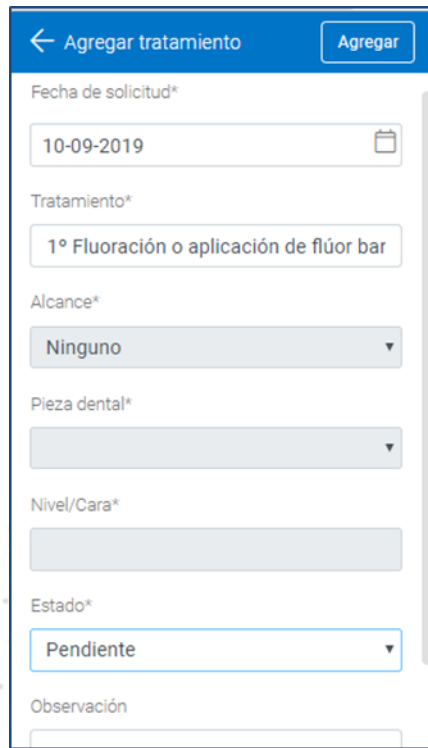


Seleccione la pestaña "Plan de tratamiento" y presione el botón "Agregar"

Agregar

## Ingreso plan de tratamiento

Una vez presionado el botón agregar, se abrirá un recuadro en donde deberá completar los siguientes campos:



- Fecha:** Indique la fecha en el que se registra el procedimiento, para ello digítela o seleccione el calendario.
- Tratamiento:** Campo obligatorio identificado por un asterisco. Seleccione de la lista desplegable el tratamiento que desea aplicar.
- Alcance:** Se seleccionará de forma automática según el tratamiento ingresado.
- pieza dental:** Se despliega lista con los números de las piezas dentales de acuerdo a la nomenclatura internacional.
- Nivel/cara:** Campo que se habilita cuando el alcance es "Arcada" o "cara pieza dental, cuando el alcance es distinto a alguno de los mencionados, este campo se deshabilitará.

Para ellos se despliega una lista de selección múltiple con los nombres de las caras dentales disponibles para la pieza seleccionada.

- Estado del tratamiento:** Pestaña de selección múltiple.

**Pendiente:** El tratamiento a agregar estará pendiente para una próxima sesión.

**Realizado:** El tratamiento a agregar ya se ha realizado. Esto se podría aplicar al agregar un tratamiento, cuando el mismo es realizado en la misma Atención en la

que se crea el “Plan de Tratamiento”, puesto que el estado cambiará de Pendiente a Realizado automáticamente, si el Tratamiento es agregado como Actividad en una próxima sesión, posterior a la creación del “Plan de Tratamiento”.

**Eliminado:** Este estado se selecciona si un tratamiento que se encuentre agregado ya no se realizará, es decir, no se selecciona cuando se está agregando un tratamiento, si no al modificar uno ya agregado en una sesión anterior.

g. **Observación:** este campo es de texto libre. Una vez terminado presione el botón agregar

Una vez ingresado todos los criterios para ingresar un tratamiento, presione el botón Agregar

Plan de tratamiento							Agregar
Fecha	Tratamiento	Alcance	Pieza	Detalle	Estado	Observación	
2019-09-10	Ingreso a tratamiento Implantología Buco M...	Ninguno			Pendiente		



Al seleccionar la fecha, no se guardará los valores aplicados, por lo que el sistema arrojará el siguiente mensaje: si descarta el tratamiento se perderá la información ingresada, seleccione la opción permanecer o descartar según corresponda.

¿Descartar tratamiento? ✕

Si descarta el tratamiento se perderá la información ingresada.

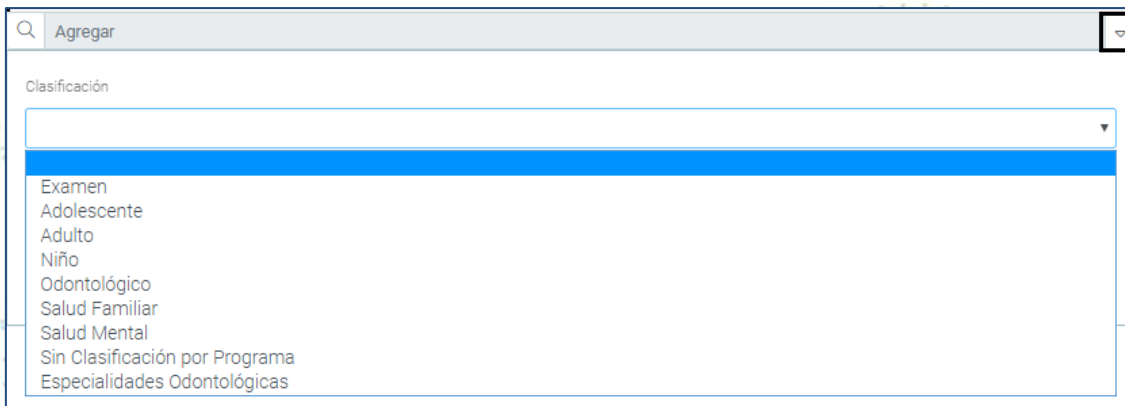
## CAPITULO 6. FORMULARIOS CLINICOS

### Formularios Clínicos.

Para acceder a los Formularios Clínicos se debe hacer clic sobre la pestaña "Formularios Clínicos" que se encuentra en la parte lateral derecha de la pantalla.

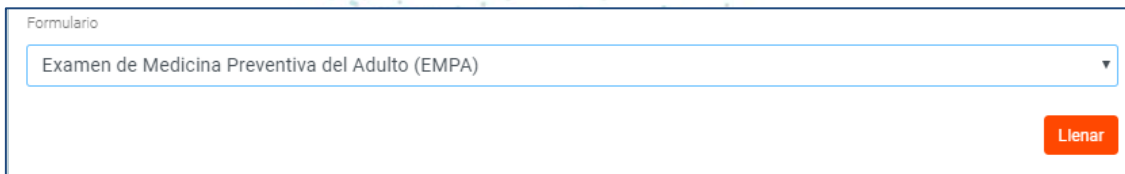


Para realizar la búsqueda de un formulario, existe 2 opciones, digitando en el **buscador** (lupa) el nombre del formulario o seleccionando **Clasificación**, la que despliega todos los grupos correspondientes o realizando la búsqueda por el nombre del formulario



La imagen muestra una interfaz de usuario con un campo de búsqueda etiquetado como "Agregar" y un ícono de lupa. Debajo, hay un menú desplegable etiquetado "Clasificación" que está abierto, mostrando una lista de opciones: Examen, Adolescente, Adulto, Niño, Odontológico, Salud Familiar, Salud Mental, Sin Clasificación por Programa, y Especialidades Odontológicas. El ítem "Examen" está seleccionado y resaltado en azul.

Una vez seleccionada seleccione el formulario clínico que necesita completar y presione el botón **"llenar"**



La imagen muestra una interfaz de usuario con un campo de selección etiquetado "Formulario" que contiene el texto "Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA)". A la derecha del campo hay un botón naranja con el texto "Llenar".


Se despliega en pantalla el formulario deseado, deberá completar los datos.

Cada formulario contiene sus propios campos, que dependiendo de la definición debe ser completado en un formato específico, dentro de los distintos tipos de datos y formas de llenado nombraremos los siguientes:

- **Fecha:** Campo previamente parametrizado para llenar tipo de dato esta, puede ser ingresada seleccionando el calendario o digitando la fecha directamente. ejemplo: "Fecha Vigencia EMPA 28-08-2019".



- **Si o No:** Botones de Opción, para responder "Si o No", a la pregunta ejemplo: "Consume Bebidas Alcohólicas".
- **Dato Numérico:** Metacampo previamente parametrizado para el ingreso de un dato que contiene un valor numérico, ya sea entero o con decimales, ejemplo: Peso (Kg), Resultado de Glicemia (mg/dl).
- **Lista de Selección:** Metacampo previamente parametrizado, para realizar una selección de una lista en un combo, ej: Estado de Diabetes, Fondo de Ojos.
- **Lista de Selección Múltiple:** Metacampo previamente parametrizado, para realizar más de una selección mediante chequeo, ejemplo: Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita de atrás para adelante. Instrucciones (*Minimal Abreviado*).
- **Texto Libre:** Campo previamente parametrizado, para el ingreso de texto libre como lo dice su nombre, es decir, se escribe libremente en él.
- **Puntaje y Resultado:** Campo previamente parametrizado, para calcular y entregar promedios, e interpretar el promedio o calculo obtenido, según los ingresos realizados en el formulario correspondiente, ejemplo: Puntaje EFAM Parte A, Resultado EFAM Parte A.

EMPA	
Fecha Vigencia EMPA	28-08-2019 
Estado del Examen	Completado ▼
Obs. del Estado	<input type="text"/>
Riesgo Cardiovascular	Alto ▼
Riesgo Cardiovascular por Framingham	<input type="text"/>

### Ver Historia

En la barra de herramienta ubicado al lado derecho de la ficha encontraremos 3 iconos explicados a continuación:

**Ver historia:** Activando switch ver historia, el sistema permite visualizar el historial de formulario seleccionado.

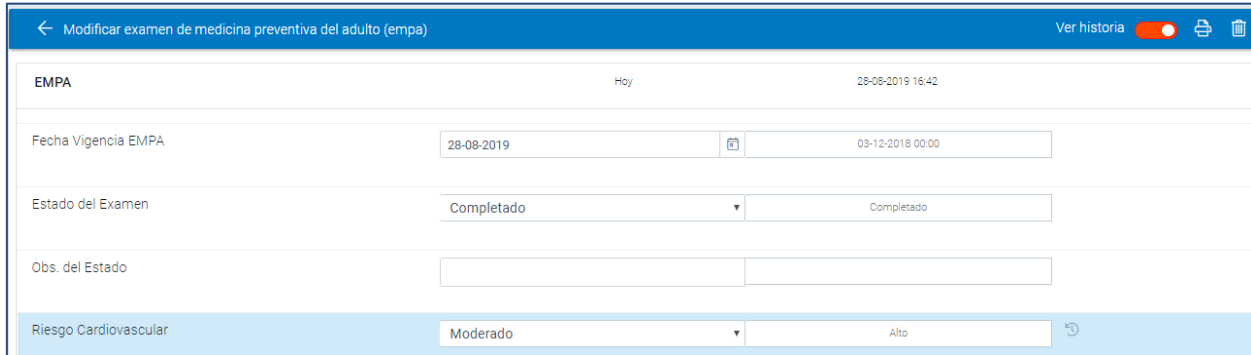
**Impresión:** seleccionando el icono de impresión, el sistema permitirá imprimir el formulario seleccionado.

**Tacho de basura:** permite eliminar un formulario clínico, el sistema arrojará un mensaje emergente señalando si está seguro de eliminar el formulario y todos sus datos ingresados, presione la opción que corresponda.



Active switch en "Ver historia" ubicado en la parte superior derecha del formulario clínico. Una vez activo, el sistema habilita al lado derecho de cada campo, columnas ordenadas por fecha, desde la más recién hasta más antigua.

a continuación, se visualiza formulario con registros anteriores.



EMPA		Hoy	28-08-2019 16:42
Fecha Vigencia EMPA	28-08-2019		03-12-2018 00:00
Estado del Examen	Completado		Completado
Obs. del Estado			
Riesgo Cardiovascular	Moderado		Alto

**Tipo de Formulario Clínico:** Para visualizar datos de Formularios Clínicos de un Tipo específico.

**Formulario Clínico:** Para visualizar datos de un Formulario Clínico específico.



**Dato Clínico:** Para visualizar un dato Clínico en específico.

**Formularios Clínicos ingresados en los últimos:** Para indicar por cuanto periodo de tiempo atrás se desean ver datos registrados.

Todos los criterios anteriores son combinables entre sí para obtener datos en específico, o si no se selecciona ningún criterio, el sistema entregará todos los datos registrados en Formularios Clínicos ordenados por fecha del más reciente al más antiguo por los últimos 12 meses.

Presionar el botón buscar y el sistema entregará resultados.

Buscar

Para expandir los resultados, hacer clic sobre el botón  , que ira apareciendo en el encabezado de la información a medida que requiera la información. Para retraer, la información presionar el botón .

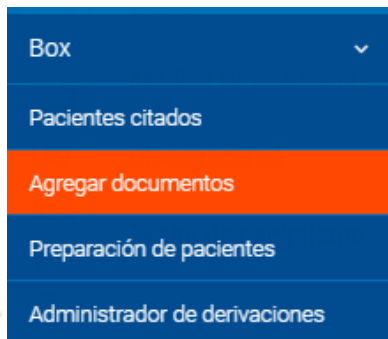
Si se requiere otra búsqueda, basta con cambiar la selección de criterios y presionar el botón .

**Nota:** Los Formularios Clínicos ofrecidos serán según edad, sexo e Instrumento del Profesional que esté realizando una Atención Diagnóstica al Paciente.

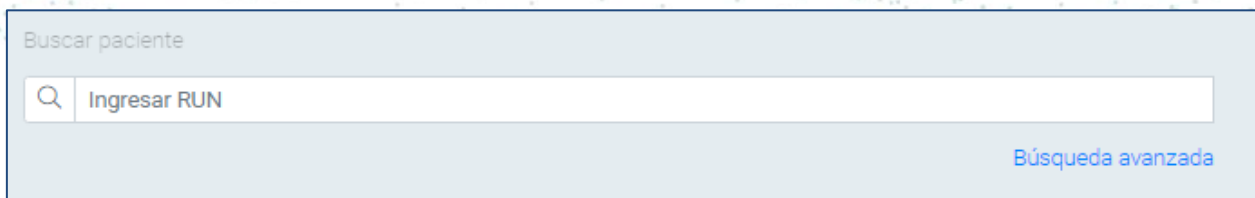
## CAPITULO 7: AGREGAR DOCUMENTO

Este sub modulo, permite adjuntar documento (s) a la atención ya realizada. Además de poder revisar y analizar el historial de atenciones de un paciente sin necesidad de citarlo.

Para acceder a este sub modulo debe hacer clic en el módulo **Box**, seleccionando el sub-módulo **Agregar Documento (s) a una Atención**.



A continuación debe realizar la búsqueda del paciente ingresando el Run y tecla **Enter**, en caso de necesitar buscar por otro campo debe seleccionar búsqueda avanzada, la que permite realizar la búsqueda por otros campos, por ejemplo nombre, numero de ficha, etc.

A screenshot of a search interface. At the top, it says 'Buscar paciente'. Below that is a search bar with a magnifying glass icon and the text 'Ingresar RUN'. To the right of the search bar is a link labeled 'Búsqueda avanzada'.

Cuando ya se encuentra al paciente que desea agregar un documento o revisar historial, se visualizará de la siguiente forma.



**Agregar documento a una atención**

Buscar paciente  
 [Búsqueda avanzada](#)

Nombre social	René
Nombre legal	Alberto René Figueroa Rocha
Número de ficha	Rayen: 96567483
Sector	Desarrollo
Médico de cabecera	
Discapacidad	
Fecha de nacimiento	16-12-1990
Edad	28 años 9 meses 16 días
Sexo	Hombre

**Atenciones** ✎ 🔍 ↺

Diagnóstico  Agrupar  12 Meses ▾

Sin filtros

- + 13-09-2019 10:40 No Informado (Confirmada)
- + + 12-09-2019 12:11 No Informado (Confirmada) (Derivación interna)
- + + 29-01-2019 20:15 Laringitis y traqueítis agudas (Confirmada) 🔍
- + + 28-01-2019 20:00 Apendicitis aguda (Confirmada)

A continuación se explica cada uno de los iconos y filtros de la barra de herramientas



Al seleccionar este icono, el sistema agrupará todas las atenciones por inmunización información que se extrae desde el sistema RNI(Registro nacional de inmunizaciones).



Al seleccionar este icono, permite realizar filtros por instrumento y clasificación diagnóstica, activando el switch se mostrará las atenciones que han sido eliminadas por un profesional (para realizar esta actividad el profesional debe tener un permiso especial)

**Filtros**

Instrumento  Clasificación diagnóstica

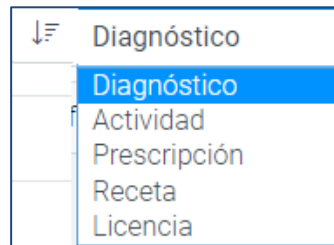
Mostrar atenciones enmendadas

Aplicar



este icono permite ir actualizando la ficha del paciente.

**Diagnóstico:** Visualización predeterminada por fecha de atención. Este ordenamiento se ramifica haciendo clic en el botón diagnóstico, en donde podrá seleccionar los tipos de filtro para una búsqueda más eficiente, como, por ejemplo: búsqueda por diagnóstico, actividad, prescripción, receta o licencia.

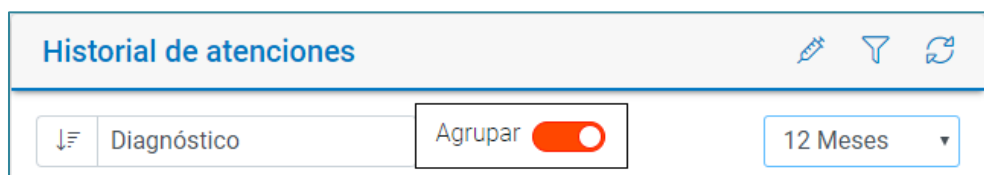


**Actividad:** Al filtrar por esta opción, el sistema realiza un ordenamiento por fecha de atención al igual que el anterior. Para visualizar el detalle de la misma debe hacer clic en el botón +, la que se divide en los siguientes campos:

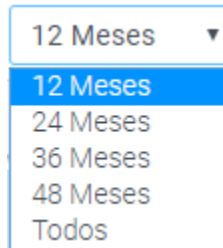
- o Clasificación Diagnóstica
- o Prescripciones
- o Interconsulta
- o Funcionario(s) Prestador(es)

**Prescripción:** Al seleccionar el filtro "Prescripción", el sistema realizará este ordenamiento según fecha de atención. Este ordenamiento se ramifica haciendo clic en el botón +, para visualizar los otros ítems de la Atención los cuales son: Clasificación Diagnóstica, Prescripción, Receta, Interconsulta Actividad(es), Funcionario(s) Prestador(es).

**Agrupamientos:** Al activar este switch el sistema agrupará todas las atenciones según el filtro seleccionado.

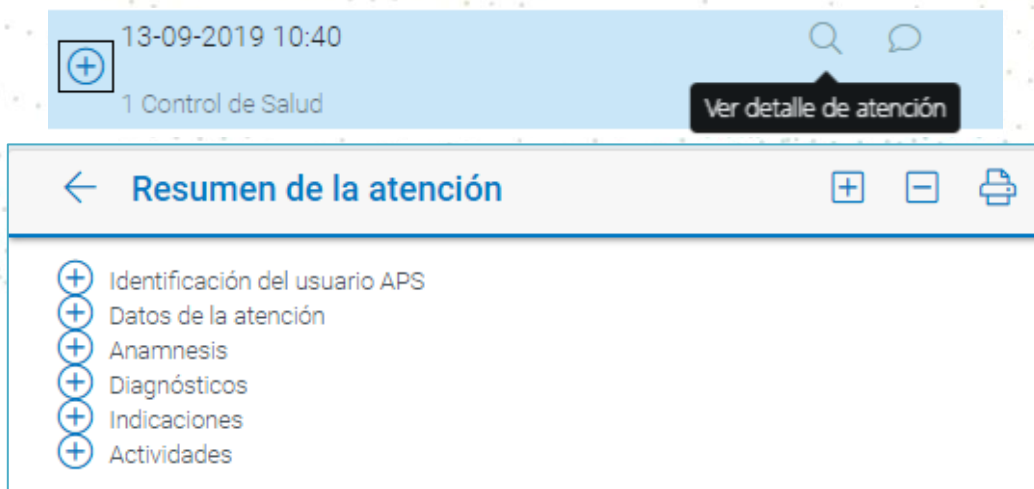


**Meses:** Filtro de tiempo que permite buscar atenciones del paciente, el sistema por defecto muestra las atenciones realizadas dentro de los últimos 12 meses, pero puede ser modificado a 24, 36 meses, 48 meses o todas las atenciones.



Una vez ingresado los filtros, se visualizará las distintas atenciones en la parte inferior de la pantalla.

Para desplegar la información existe 2 opciones: En una primera instancia se visualiza un resumen de la atención, por lo que si desea revisar en detalle debe seleccionar la lupa " Ver detalle de atención", pudiendo expandir lo que necesita revisar con el + o si de manera rápida seleccionar el signo expandir todo



Tanto para revisar alguna atención, como para agregar algún documento se debe seleccionar la atención y en la barra de herramientas hacer clic en el botón correspondiente según la acción que desea realizar, las que además van asociadas a un rol.

Las opciones disponibles son:

- Agregar Receta.
- Agregar Orden de Examen.
- Agregar Solicitud de Interconsulta.
- Agregar Observación.
- Cerrar Receta.

- Programas.
- Imprimir Consentimiento.
- Imprimir Documentos GES.
- Guardar Formulario.

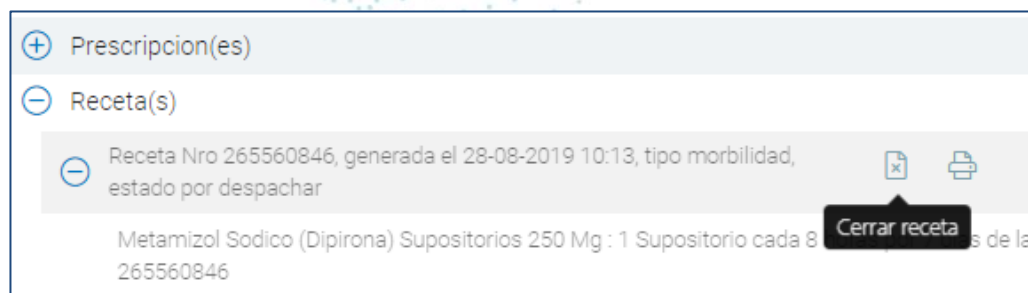
Si desea agregar una receta, orden de pruebas diagnósticas, laboratorio o interconsulta haga clic en el + de la parte inferior derecha de la pantalla, seleccione lo que necesita y complete la información correspondiente.



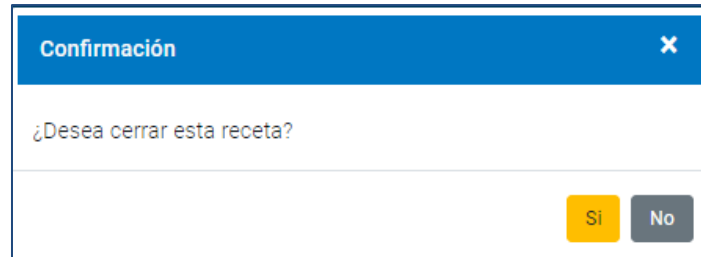
### Cerrar Receta:

En primera instancia se debe identificar al paciente y luego filtrar el historial, por Prescripción o Receta (esto para simplificar la búsqueda de la receta), sin embargo, el filtro del historial no es condición para cerrar una receta, ya que aplicando cualquiera de estos se podrá realizar la acción.

Identificado el paciente y la receta, debe hacer clic en el botón **Cerrar Receta** que se encuentra al lado derecho de la misma.



El sistema confirmará esta acción preguntando ¿Desea cerrar esta receta?, para cerrar la receta seleccione la opción **Sí**.

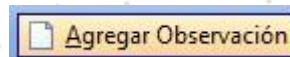


Si confirma la acción el estado de la receta cambiara a "cerrada por profesional", tal como se muestra en la imagen.



### Agregar Observación

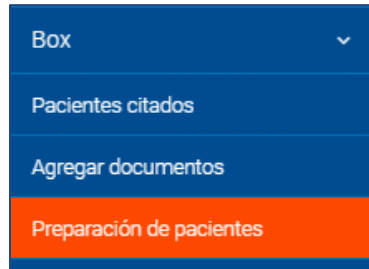
Permite dejar registro de información en forma de texto libre, para ello debe hacer clic en el botón Agregar Observación, abriendo el siguiente recuadro.



Nota: Esta información solo se encontrará disponible en este sub modulo.

## CAPITULO 8: PREPARACION DE PACIENTES

Al hacer clic en el módulo de **Box**, seleccionando el sub-módulo **Preparación de Pacientes**, nos encontraremos con la siguiente interfaz.



Este sub-módulo es utilizado principalmente por el funcionario que realiza la preparación de pacientes, para ver y registrar su hora de llegada y signos vitales.

Citas del sector								
<span>Todos</span> <span>27-08-2019</span> <span>Box P</span>								
Paciente de 31 años 6 meses 27 días, pertenece al sector Implantacion								
Hora cita	Estado	Nombre	Tipo cupo	Llegada	Llamada	Razón de la cita	Funcionario prestador	Tipo de atención
11:00	Preparada	Felipe Araya Molina	Normal	9:56		Consulta	Fabiola apablaza ramirez	IME, Otras morbilidades
13:00	P. Rechazada	Vladimir Diaz Romero	Normal	10:15		Control	Fabiola apablaza ramirez	IME, Otras morbilidades

El listado está compuesto con las siguientes columnas:

**Hora cita:** Hora de citación del paciente, (previamente agendada en SOME)

**Estado:** Agendada, iniciada, pendiente, preparada, rechazada, no se presentó.

**Nombre:** Nombre de identificación del paciente.

**Tipo de cupo:** Refiere si corresponde a una citación de cupo normal, cupo de ajuste o sobre cupo.

**Hora de llegada:** a través del módulo de admisión se podrá registrar la hora de llegada del paciente, esta información se reflejará en este campo, de lo contrario quedará como "Sin Registrar".

**Llamada:** Al realizar un clic en el paciente y presionar el botón "**Llamar**" el sistema registra el horario y número de llamados que se le ha realizado al paciente a la sala de espera. Este icono es parametrizable por establecimiento

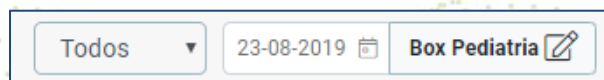
**Funcionario prestador:** Nombre de identificación de la profesional que realizará la atención

**Tipo de Atención:** Nombre de la agenda que identifica la atención que se realizará como: otras morbilidades, cardiovascular, salud mental etc.

**La Fecha de Citación:** despliega un calendario, con el fin de visualizar el listado de pacientes citados de días pasados o futuros.



**Box:** El sistema muestra en el nombre del box que se está atendiendo el paciente, con el lápiz podrá modificar el nombre del box según corresponda.



Si desea visualizar información del paciente, puede hacerlo de dos maneras:

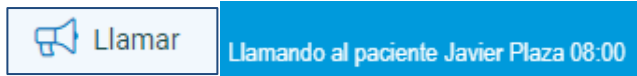
Hacer un clic en el nombre del usuario, se visualiza un mensaje emergente con los datos personales como: nombre, edad, sector al que pertenece y nombre social.

Y al tener seleccionado un paciente en la barra superior podrá visualizar información respecto a edad del paciente, sector al que pertenece, nombre al que responde y alguna observación si es que fue ingresada desde citas.

Citas del sector						
Paciente de 9 años 5 meses 6 días, pertenece al sector No Informado y su nombre social es Javito						
Hora cita	Estado	Nombre	Tipo cupo	Llegada	Llamada	Razón de la cita
08:00	P. Pendiente	(Javito) Javier Plaza Bravo	Normal	10:47		Consulta
12:00	P. Pendiente	<b>Javito</b>	Normal	12:35		Consulta
12:20	P. Pendiente	Paciente de: 9 años 5 meses 6 días	Normal	12:35		Consulta
12:30	P. Rechazada	RUN: 160309725	Normal	12:34		Consulta
12:40	P. Pendiente	N Ficha:   11489  1132455565	Normal	12:35		Consulta
13:00	P. Pendiente	Pertenece al sector: No Informado	Normal	12:35		Consulta
13:00	P. Pendiente	(Juan) Juan Andrés Aguilar Pino	Normal	12:35		Consulta

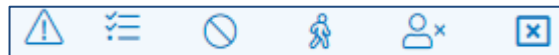
Realice un clic sobre el nombre del paciente y presione el botón **“Llamar”** el sistema registra el horario y número de llamados que se le ha realizado al paciente







a la sala de espera. Siempre y cuando se encuentre parametrizado por establecimiento.



### Ingreso Preparación de pacientes

Para acceder a la ficha del paciente, seleccione a un usuario y presione el botón preparar. Al lado superior derecho se visualiza distintos iconos que se detallan a continuación:



-  Alerta: Muestra las alertas del paciente.
-  Programas: Muestra los programas de salud que está asociado el paciente.
-  Cancelar: Al seleccionar este icono el sistema permite cancelar la atención ingresada
-  Abandonar preparación: Paciente se retira sin previa preparación
-  Rechazar preparación: Paciente se niega a recibir la preparación de signos vitales.
-  Cerrar preparación: El botón cerrar permite guardar y cerrar la atención.

Para continuar, al lado izquierdo de la pantalla se debe registrar los datos del examen físico como: Peso, talla, pulso presión arterial entre otros.



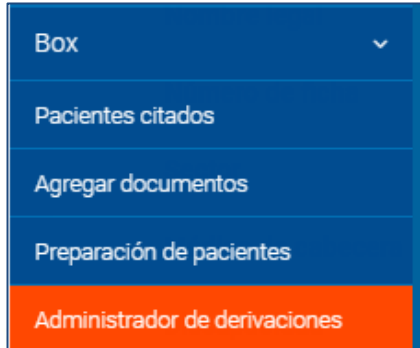
Examen físico	
<b>Examen Físico</b>	
Peso (Kg)	<input type="text" value="70"/>
Talla (cm)	<input type="text" value="160"/>
I.M.C.	<input type="text" value="27,3"/>
Pulso (Pulsos/Minutos)	<input type="text"/>
Presión Arterial (mmHg)	<input type="text" value="120/90"/>
Saturación O2 (%)	<input type="text" value="98"/>

Una vez registrados los valores de los signos vitales presione el botón cerrar, que cumple la función de guardar y cerrar la preparación del paciente mostrando el siguiente mensaje:

La preparación ha sido guardada

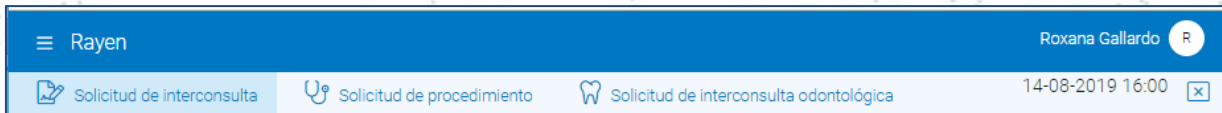
## CAPITULO 9: ADMINISTRADOR DE DERIVACIONES

Para su ingreso debe seleccionar módulo BOX, sub-módulo “**Administrador de Derivaciones**”, tal como lo muestra la siguiente imagen.



La finalidad de este módulo es revisar aquellas interconsultas que son devueltas desde el contralor al profesional que la emite.

Al acceder al módulo de administrador de derivaciones se visualizará 3 opciones: Solicitud de Interconsulta, Solicitud de procedimiento y Solicitud de Interconsulta Odontológica, las que se detallaran a continuación.



### Solicitud de Interconsulta.

Esta pantalla cuenta con las acciones de búsqueda, en caso que desee filtrar o buscar alguna Solicitud de Interconsulta específica como: RUN del paciente, estado (Por defecto el sistema aparecerá en estado revisión) número de solicitud, fecha y prioridad, el resto de la información tanto personal como médica desplegada en una pantalla en la esquina inferior izquierda. Una vez seleccionado el filtro a utilizar, presione el botón “**Aplicar**”

**Filtros** Reestablecer Aplicar

---

RUN paciente ▼

Estados ▲

En revisión

[Ver más](#)

---

Número solicitud ▼

Fecha ▼

Prioridad ▼

Establecimiento destino ▼

Otros ▼

Al costado superior Izquierdo, el sistema mostrará el número de solicitudes de interconsultas.

**Solicitudes de interconsulta (3)** 🗕 🔍

Resultado para 26-08-2019 al 02-09-2019 - Estados: Nueva Ordenar por más reciente ▼

---

M

Nueva

Cirugía Adulto

Dr. Felix Bulnes Cerda [HT2]

GES Manual

Creada el 1 sep. 2019

0 día

---

A

Nueva

Cirugía Adulto

Dr. Felix Bulnes Cerda [HT2]

Manual

Creada el 28 ago. 2019

4 días

---

M

Nueva

Cirugía Adulto

San Juan De Dios [HT1]

GES Manual

Creada el 28 ago. 2019

4 días

+

El listado de interconsultas contiene al lado izquierdo una letra que indica la prioridad de la solicitud: **A**: alta **M**: Mediana **B**: Baja. además, estado del interconsulta, servicio y establecimiento destino. Sí el diagnóstico asociado corresponde a una garantía explícita en salud se visualizará con la palabra GES.

A

Nueva

Cirugía Adulto

Dr. Felix Bulnes Cerda [HT2]

Manual

En la siguiente columna indica el nombre del paciente, nombre del médico tratante y centro de emisión de la interconsulta.

Kamila Fernanda Molina San Martin  
Emisor: Roxana Gallardo Rivas  
RAYENSALUD [CESFAM]

Fecha de creación de la interconsulta, mostrando el día mes y año, además de la cantidad de días desde que fue creada.

Creada el 28 ago. 2019  
4 días

Al costado izquierdo de la interconsulta se encuentran todas las acciones que se pueden realizar: impresión, observación, edición y egreso interconsulta, las que se detallan a continuación:



: Permite visualizar e imprimir la orden de interconsulta.

MINISTERIO DE SALUD		SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACIÓN			
S.S. Metropolitano Occidente Ilustre Municipalidad de Santiago RAYENSALUD [CESFAM]					
Fecha Solicitud	Día Mes Año 28 8 2019	Estado SIC: Nueva			
1. Servicio de Salud		2. Establecimiento			
S.S. Metropolitano Occidente		RAYENSALUD [CESFAM]			
<b>DATOS DEL (DE LA) PACIENTE</b>					
MOLINA	SAN MARTIN	KAMILA FERNANDA			
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
18236469K					
RUN	Si es recién nacido, RUN. de padre o madre beneficiario			RUN Madre	
MUJER	10-08-1992	27 años			
Sexo		Fecha de Nacimiento		Edad	
Calle esmeralda 1444 Depto. 31 Block 16, Quilpué - V Región Valparaiso - Chile					
Domicilio (calle, número, número interior, bloque (block), villa, localidad)					
Quilpué	3189628				
Comuna de residencia	Teléfono	Teléfono 2	Teléfono Movil	Teléfono Laboral	Teléfono Contacto
Correo Electrónico					
No Informado			Claudia		
Nombre Padre			Nombre Madre		
<b>DATOS CLINICOS</b>					
Se deriva para atención en : San Juan De Dios [HT1]					
S.S. Metropolitano Occidente			CIRUGÍA ADULTO		
Servicio			Especialidad		

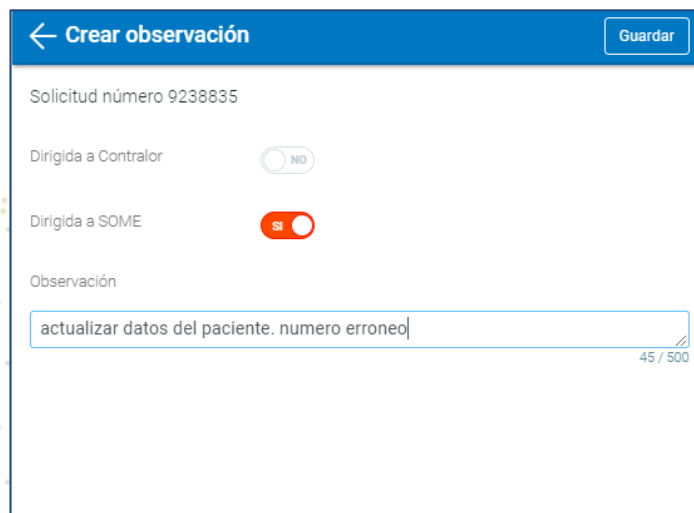
### Observaciones



Permitirá crear una observación dirigida al contralor o a SOME. Para ello presione el signo +.

A continuación, se visualiza al lado derecho de la pantalla la interconsulta con los siguientes campos:

- El primer dato que se visualiza es el número de la interconsulta.
- Luego active el switch box si el mensaje irá destinado a SOME O al contralor
- Para terminar, ingrese una observación y presione el botón Guardar.



### Más acciones



Al seleccionar el icono "**Más acciones**": se puede seleccionar la opción editar el estado de una interconsulta en el caso que no exista integración o egresar por la causal requerida.

**Editar el estado de una Interconsulta:** El sistema Rayen mostrará el estado actual de la interconsulta, para su modificación, seleccione un nuevo estado y presione el botón "Guardar"



The screenshot shows a mobile application interface for 'Modificar estado'. At the top, there is a blue header with a back arrow and the text 'Modificar estado', and a 'Guardar' button on the right. Below the header, the form contains the following elements: 'Estado actual' with the value 'Nueva', 'Estado nuevo\*' with a dropdown menu currently showing 'Nuevo estado', and a scrollable list of options: 'Aceptada Por Establecimiento De Destino', 'Alta', 'Atendido', 'Cita Cancelada', and 'Con Cita Agendada'.

**Egresar una interconsulta:** Para dar un egreso, ingrese motivo, fecha y observación. Para terminar, presione el botón "Guardar"



The screenshot shows a mobile application interface for 'Egresar solicitud'. At the top, there is a blue header with a back arrow and the text 'Egresar solicitud', and a 'Guardar' button on the right. Below the header, the form contains the following elements: 'Motivo\*' with a dropdown menu showing 'Atención Realizada', 'Fecha\*' with a date input field showing '02-09-2019' and a calendar icon, and 'Observación\*' with a text input field containing 'Paciente dado de alta'. A character count '21 / 500' is visible at the bottom right of the text field.

Una forma de ayudar al clínico respecto a interconsultas a revisar por resolución del contralor, en módulo de Box, e Pacientes Citados, se habilita mensaje en rojo avisando que tiene Solicitudes para revisar.

## Crear Solicitud de Interconsulta

La solicitud de interconsulta se crea durante la atención del paciente en el módulo de box, en caso de no haberlo generado se puede utilizar esta opción.

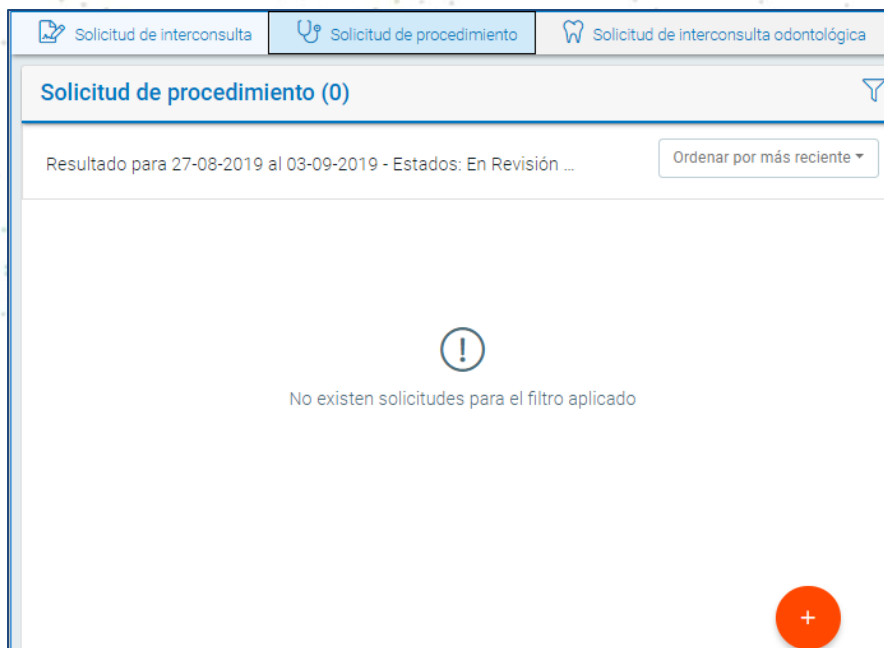
Para crear una nueva solicitud de interconsulta presione el signo + marcado en un círculo de la parte inferior.

Esta acción desplegará la misma pantalla de "Solicitud de Interconsulta", sólo que con todos los campos disponibles para la creación de una nueva Solicitud (Su funcionamiento se encuentra detallado en la página número 54)

## Solicitud de Procedimientos

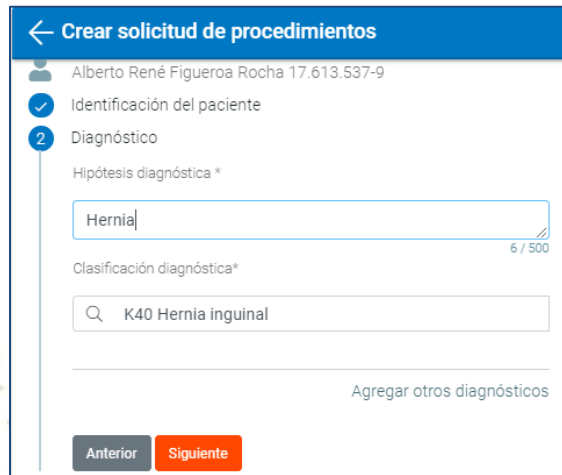
En esta pestaña, al igual que en el sistema de solicitudes de interconsulta, existe un listado de procedimientos que se pueden derivar a otro establecimiento en caso de que el establecimiento no cuente con la prestación (derivación entre sistemas RAYEN)

Para acceder al módulo, seleccione "Solicitud de procedimientos" y luego presione el signo + identificado en un círculo de color rojo.



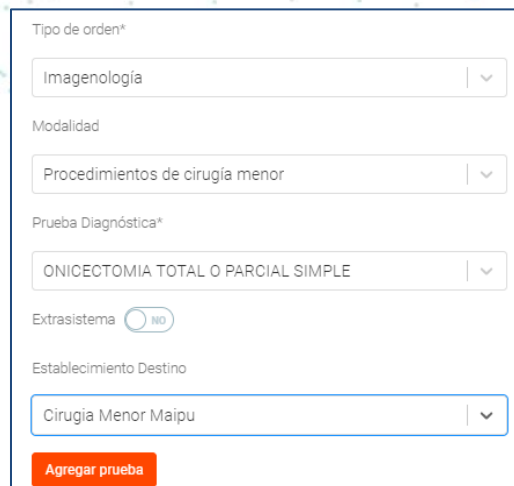
Para crear Una solicitud de procedimiento realice los siguientes pasos:

- 1 Digite RUN del paciente o utilice búsqueda avanzada. Luego presione el botón siguiente.
- 2 Ingrese una hipótesis diagnóstica y clasificación diagnóstica.



3 Ingrese fundamentos clínicos, fecha de solicitud, sector, tipo de orden (Imagenología o pruebas diagnósticas) modalidad e indique prueba diagnóstica y establecimiento de destino.

Active switch box si el procedimiento se realizará en extra-sistema. Para finalizar presione el botón "Agregar Prueba"





Una vez ingresado el procedimiento, el sistema mostrará el número de solicitud y permitirá la impresión del documento. Para terminar, presione el "botón cerrar".



**Crear solicitud de procedimientos**

Alberto René Figueroa Rocha 17.613.537-9

- ✓ Identificación del paciente
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Datos Clínicos
- ✓ Información Administrativa

¡Solicitud generada con éxito!

Número de solicitud 337488

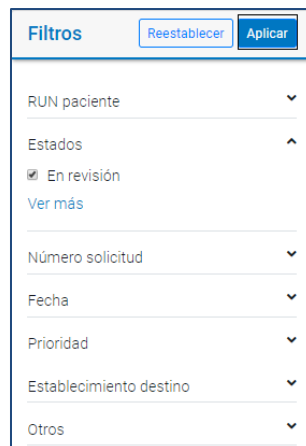
[Imprimir](#) [Cerrar](#)

Al buscar la solicitud ingresada, utilice los filtros de búsqueda.

## Solicitud de Interconsulta odontológica

Esta pantalla cuenta con los filtros de búsqueda, en caso que desee buscar alguna Solicitud de Interconsulta odontológica específica: RUN del paciente, estado (Por defecto el sistema aparecerá en estado revisión) número de solicitud, fecha y prioridad.

La información personal y médica desplegada en la pantalla central. Una vez seleccionado el filtro a utilizar, presione el botón "**Aplicar**"



**Filtros** [Reestablecer](#) [Aplicar](#)

RUN paciente ▼

Estados ▲  
 En revisión  
[Ver más](#)

Número solicitud ▼

Fecha ▼

Prioridad ▼

Establecimiento destino ▼

Otros ▼

En la parte superior del listado de IC se visualiza la cantidad total de solicitudes de interconsultas filtradas según los filtros seleccionados.

En la primera columna encontrarán una letra que indica la prioridad de la IC.

- A:** alta
- M:** Mediana
- B:** Baja

A continuación, estado del interconsulta, especialidad y establecimiento destino, además si está asociado a un diagnóstico GES y en caso de ser sin integración indicará que es Manual.

En la siguiente columna indica el nombre del paciente, nombre del médico y centro emisor de la interconsulta.

Alberto René Figueroa Rocha  
 Emisor: Roxana Gallardo Rivas  
 RAYENSALUD [CESFAM]

Fecha de creación de la interconsulta, mostrando el día mes y año, acompañado en la parte inferior de la cantidad de días en espera.

Creada el 2 sep. 2019  
 0 día

Al seleccionar además mostrará al lado derecho iconos de impresión, observación, editar y egresar interconsulta.



: Seleccionado el icono Impresora, podrá visualizar la orden de interconsulta.

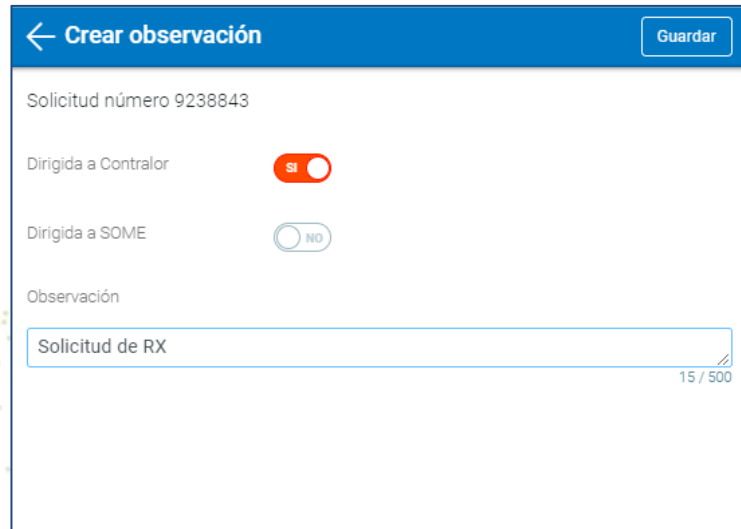
MINISTERIO DE SALUD		SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACIÓN			
S.S. Metropolitano Occidente Ilustre Municipalidad de Santiago RAYENSALUD [CESFAM]					
Fecha Solicitud	Día Mes Año	<b>Estado SIC:</b> Nueva			
	2 9 2019				
1. Servicio de Salud		2. Establecimiento			
S.S. Metropolitano Occidente		RAYENSALUD [CESFAM]			
<b>DATOS DEL (DE LA) PACIENTE</b>					
FIGUEROA	ROCHA	ALBERTO RENÉ			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres			
176135379					
RUN	Si es recién nacido, RUN. de padre o madre beneficiario			RUN Madre	
HOMBRE	16-12-1990	28 años			
Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad			
Otro hiola 123, Los Ángeles - VIII Región Bio-Bío - Chile					
Domicilio (calle, número, número interior, bloque (block), villa, localidad)					
Los Ángeles	89368481				
Comuna de residencia	Teléfono	Teléfono 2	Teléfono Movil	Teléfono Laboral	Teléfono Contacto
Correo Electrónico					
No Informado			No Informado		
Nombre Padre			Nombre Madre		
<b>DATOS CLINICOS</b>					
Se deriva para atención en : Hospital San Juan de Dios (Los Andes)					

### Observaciones



Seleccionando el icono Observaciones, RAYEN permitirá crear una observación al contralor o a SOME. Para ello presione el signo +.

- El primer dato que se visualiza es el número de la interconsulta.
- Luego active el switch box si el mensaje irá destinado a SOME O al contralor
- Para terminar, ingrese una observación y presione el botón Guardar.



### Más acciones



Al seleccionar el icono "**Más acciones**": Permitirá al contralor de derivaciones editar el estado de una interconsulta o cambiar el estado a egreso.

Editar el estado de una Interconsulta: El sistema Rayen mostrará el estado actual de la interconsulta, para su modificación, seleccione un nuevo estado y presione el botón "Guardar"

← **Modificar estado** Guardar

Estado actual  
Nueva

Estado nuevo\*

Nuevo estado

Aceptada Por Establecimiento De Destino

Alta

Atendido

Cita Cancelada

Con Cita Agendada

**Egresar una interconsulta:** Para dar un egreso, ingrese motivo de egreso, in fecha y observación. Para terminar, presione el botón "Guardar"

← **Egresar solicitud** Guardar

Motivo\*

Atención Realizada

Fecha\*

02-09-2019

Observación\*

Paciente dado de alta

21 / 500

## Crear Solicitud de Interconsulta

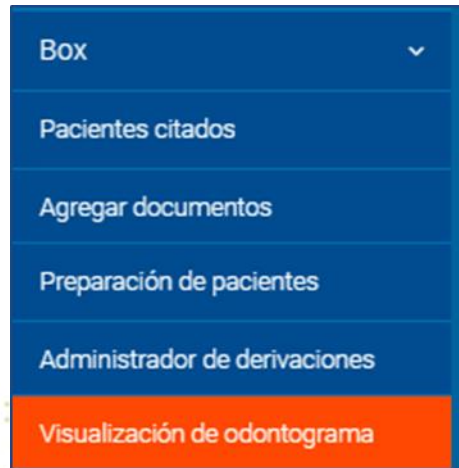
La solicitud de interconsulta se crea durante la atención del paciente en el módulo de box, en caso de no haberlo generado se puede utilizar esta opción.

Para crear una nueva solicitud de interconsulta presione el signo + marcado en un círculo de color rojo

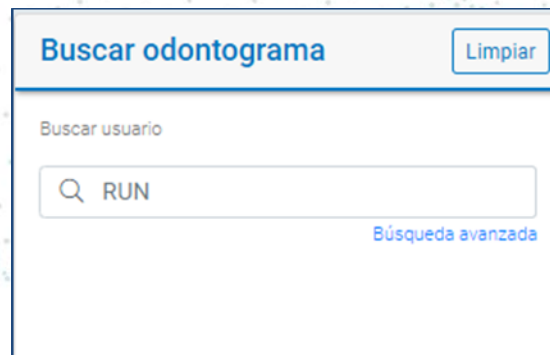
Esta acción desplegará la misma pantalla de "Solicitud de Interconsulta", sólo que con todos los campos disponibles para la creación de una nueva Solicitud (Su funcionamiento está ampliamente detallado al comienzo de este manual).

# CAPITULO 12: VISUALIZACION DE ODONTOGRAMA

Seleccione el módulo Box y sub-módulo “Visualización de odontograma”



Al lado izquierdo de la ficha se abrirá una pantalla en donde se podrá digitar el RUN del paciente o realizar una búsqueda avanzada.



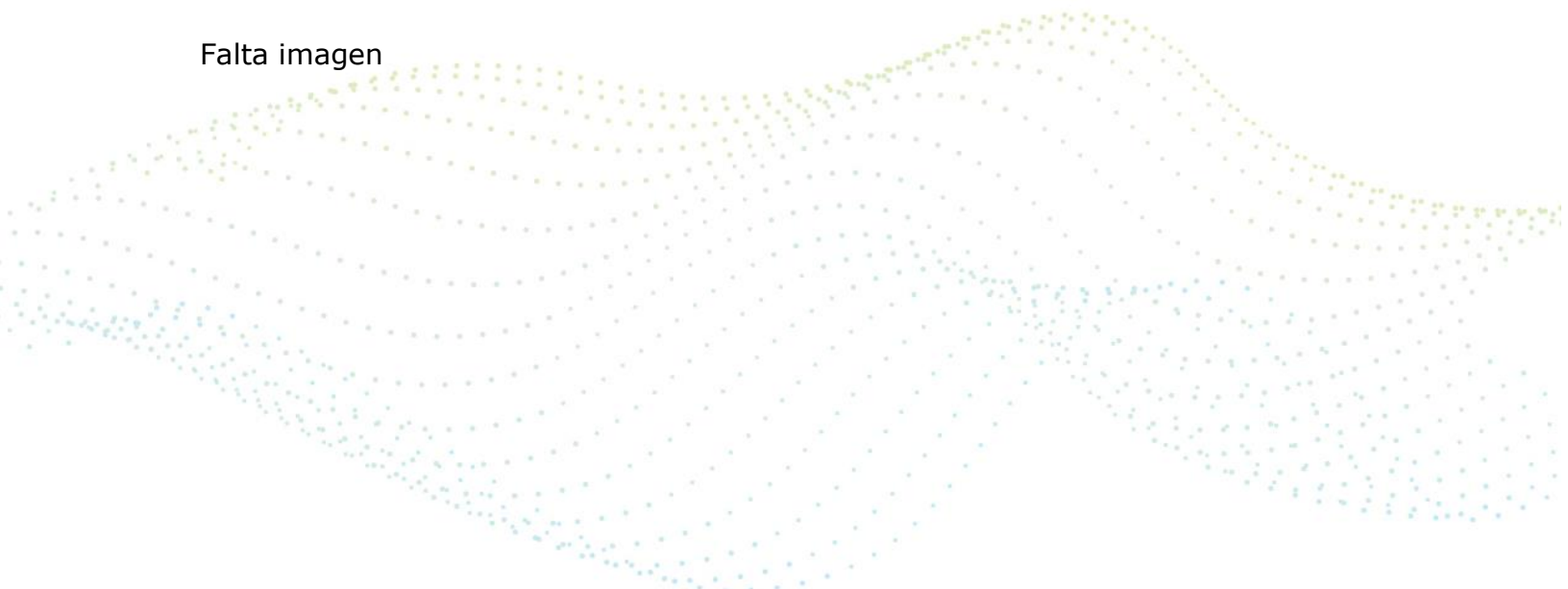
Una vez digitado el RUN y presionar la tecla Enter. El sistema abrirá una nueva ventana emergente solicitando un motivo para la visualización del odontograma, texto libre. Luego presione el botón “Acceder”.

**Motivo de visualización** ✕

Para visualizar un odontograma es necesario ingresar el motivo

Descartar Acceder

Falta imagen





## CAPITULO 11: GLOSARIO

**Instrumento:** Corresponde

**Especialidad:** Área clínica donde se deriva una solicitud ejemplo: cirugía. Cardiología etc.

**Funcionario Prestador:** Es aquel funcionario del establecimiento que realiza actividades de Salud.

**Receta:** Documento utilizado para prescribir una receta la cual puede ser despachada dentro del establecimiento de salud.

**Diagnóstico:** Identificación de una enfermedad que debe ser clasificada bajo código CIE-10

**GES:** Es la identificación de una patología que forma parte de las Garantías Explícitas en Salud.

**Fármacos en Uso:** Corresponde a la identificación de los fármacos que está tomando el usuario actualmente.

**Inmunizaciones:** Corresponde a la identificación de las vacunas administradas y pendientes del paciente.

**Motivo de Consulta:** Es la razón por el cual el paciente requiere de una atención médica.

**Anamnesis:** Corresponde a la historia de la enfermedad actual en donde el funcionario prestador describe la sintomatología de un paciente

**Prescripción:** Es la descripción de un medicamento determinado que el Usuario APS deberá tomar, más su Posología (Cantidad, cada cuanto se consumirá y duración en días del consumo).

**Solicitud de Interconsulta:** Derivación a otro establecimiento para la atención de un determinado especialista.

**Indicaciones:** Son las instrucciones que entrega el funcionario al usuario para mejorar su estado de salud.

**Orden de Exámenes:** Documento que tiene por finalidad la solicitud de un examen de tipo laboratorio, pruebas diagnósticas o de Imagenología para la toma de decisiones.

**Formulario Clínico:** Conjunto de datos clínicos que agrupados en un propósito común, determinan el estado de salud del Usuario APS.

