



Ministerio de Salud  
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio  
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio  
DOA/SPD/DIS/dip



**RESOLUCIÓN EXENTA N°**

059 09.01.2023

**SAN ANTONIO,**

**VISTOS:** Las disposiciones contenidas en Ley 19.937 del 24 de Febrero 2004 del Ministerio de Salud; Decreto con Fuerza de Ley N°1, 2005, del Ministerio de Salud que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763 de 1979 ; D.S. N° 38 / 2005, que Aprueba el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos Autogestionados en Red y en lo previsto en la Resolución Exenta N° 06 / 2019 de la Contraloría General de la República, la Resolución Exenta N° 3416 25-05-2006 y Resolución Exenta N° 4214 06-09-2021 del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

**CONSIDERANDO:**

Estandarizar el procedimiento para la obtención del Alta Voluntaria en el Hospital Claudio Vicuña.

**RESUELVO:**

**APRUEBESE;** "Protocolo de Solicitud de Alta Voluntaria" en su segunda edición.

Notifíquese y difúndase


  
**DANIEL OLIVARES ACUÑA**  
**DIRECTOR(S)**  
**HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA**





**DISTRIBUCIÓN:**


Dirección	Unidad Control de Gestión	Of. De Calidad y Seg del Paciente	CC Neonatología
SDM	Auditoría Interna	CC Gineco Obstetricia	CC UTI
Oficina de Partes	CC Medicina	CC Aislamiento	CC UCM
CC Pabellon	CC Cirugía	CC Pediatría	Unidad de Emergencia Adulto Infantil
Endoscopia	Unidad Emergencia Gineco Obstetra	CC Imagenología	Médico Quirúrgico

Transcrito Fielmente  
  
Hospital Claudio Vicuña

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 65
		Edición: segunda
	Protocolo Solicitud de Alta Voluntaria	Página 1 de 8
		Fecha: enero 2023


## Protocolo Solicitud de Alta Voluntaria

Modificado por:	Revisado y Autorizado por:	Aprobado por:
Carmen Molina E Profesional Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.	Ximena Parada D Subdirector de Gestión Asistencial (S).	Daniel Olivares A Director (S) Hospital Claudio Vicuña
 		
Fecha: enero 2023	Fecha: enero 2023	Fecha: enero 2023

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 65
		Edición: segunda
	Protocolo Solicitud de Alta Voluntaria	Página 2 de 8
		Fecha: enero 2023

## Índice

Ítem	Contenido	Página
1.	Objetivos	3
2.	Alcance	3
3.	Documentos relacionados	3
4.	Responsables	3
5.	Definiciones	3
6.	Desarrollo	4
6.1	Procedimiento de Obtención del Alta Voluntaria	5
7.	Criterios de calidad	5
8.	Flujograma	6
9.	Distribución	6
10.	Anexos	7
11.	Formulario de control de cambio	8

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 65
		Edición: segunda
	Protocolo Solicitud de Alta Voluntaria	Página 3 de 8
		Fecha: enero 2023

### 1. Objetivos

- Definir las características específicas que debe contener la Solicitud de Alta Voluntaria.
- Estandarizar el procedimiento para la obtención del Alta Voluntaria del HCV.
- Aportar información sobre la hipótesis diagnóstica y los riesgos ante una eventual alta voluntaria, por parte del médico tratante, para que el paciente, o representante legal, pueda tomar decisiones respecto a su estado de salud, como una manera de promover el derecho a ejercer su autonomía.

### 2. Alcance

- Todos los pacientes adultos y pediátricos que se encuentran hospitalizados en el HCV.
- Todos los pacientes adultos y pediátricos que se encuentran con indicación de hospitalización en el servicio de urgencias, y servicio de urgencias respiratoria.

### 3. Documentos relacionados


- Ley 20.584, "Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud".
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, OMS, 2001
- 

### 4. Responsables

<b>De la ejecución</b>	Médico Tratante
<b>De la supervisión</b>	Jefe Centro de Costo
<b>Revisar y colaborar que este documento esté completo y en ficha clínica antes de otorgar el alta voluntaria al paciente</b>	Supervisor(a) y/o Encargado de las Áreas clínicas y/o Unidades de Apoyo
<b>Reporte de situación de riesgo a Juzgado de familia competente</b>	Trabajador social servicio que corresponda

### 5. Definiciones

- Voluntariedad: Acto del paciente de decidir libremente someterse a un tratamiento o procedimiento invasivo sin que haya presión, ni manipulación.
- Información: Conocimiento entregado sobre el objetivo del tratamiento procedimiento, los beneficios o riesgos potenciales del mismo, en forma clara y comprensible.
- Representante legal: Familiar directo o tutor nombrado judicialmente.
- Comprensión: Capacidad del usuario de entender la información que recibe.


	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 65
		Edición: segunda
	Protocolo Solicitud de Alta Voluntaria	Página 4 de 8
		Fecha: enero 2023

- Pacientes mayores de edad: Todo paciente mayor a 18 años de edad.
- Pacientes Menores de edad: todo paciente cuya edad fluctúa entre un mes y diecisiete años once meses 29 días.
- Discapacidad física: La discapacidad física es aquella que ocurre al faltar o quedar muy poco de una parte del cuerpo, lo cual impide a la persona desenvolverse de la manera convencional.
- Discapacidad intelectual: La discapacidad intelectual es aquella que presenta una serie de limitaciones en las habilidades diarias que una persona aprende y le sirven para responder a distintas situaciones en la vida.
- Discapacidad psíquica: La discapacidad psíquica es aquella que está directamente relacionada con el comportamiento del individuo. Se dice que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta trastornos en el comportamiento adaptativo.
- Hipótesis diagnóstica: diagnóstico presuntivo del paciente, por el que se establece su hospitalización o continuidad de esta.
- Complicaciones: daño o resultado clínico que podría atribuirse a la ausencia de tratamiento médico adecuado.
- Alta médica: egreso hospitalario, definida por el médico tratante, dado se ha concluido con el proceso asistencial del paciente en condiciones de hospitalización o de consulta de urgencia.
- Alta voluntaria: Es aquella solicitada por el paciente, o su representante legal, que debe constar en la respectiva Ficha Clínica y ser firmada por el paciente, tutor o su representante legal.

## 6. Desarrollo

Cuando la condición del paciente, no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento, se encuentre con alteración de conciencia o en caso de menores de edad, la información será dada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre.

Una vez que el paciente haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender, deberá ser informado de lo realizado.


 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 65
		Edición: segunda
	Protocolo Solicitud de Alta Voluntaria	Página 5 de 8
		Fecha: enero 2023

### 6.1 Procedimiento de Obtención del Alta Voluntaria

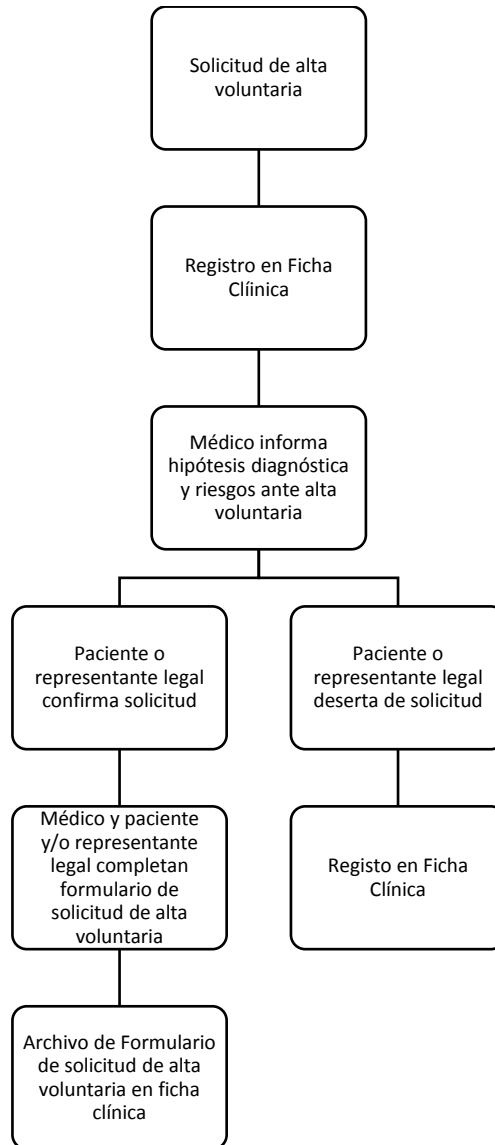
- El paciente y/o su representante legal o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, debe informar de manera oral la solicitud de alta voluntaria al médico tratante.
- El médico tratante deberá informar claramente la hipótesis diagnóstica, y los riesgos que implica que se ejecute el alta voluntaria al paciente. El médico, en este acto deberá solucionar las dudas, respecto de una eventual alta voluntaria, asegurándose que el paciente y/o su representante legal o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, comprendan los riesgos y consecuencias para su salud a los que podría exponerse. Además, deberá indagar las causas o motivos de la solicitud, debiendo escuchar y guiar, cuidando siempre respetar el principio de autonomía.
- El paciente y/o su representante legal o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, deberán completar y firmar el "FORMULARIO DE SOLICITUD DE ALTA VOLUNTARIA".
- Una vez completado y firmado el formulario, se archivará en la ficha clínica del paciente.
- Si el paciente y/o su representante legal o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, desista de la solicitud de alta voluntaria, se deja el registro en el mismo documento, completando: Motivo revocación, Nombre del paciente y/o su representante legal o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, firma, fecha y nombre y firma del médico.
- En casos de gestantes, menores de edad o personas con discapacidad mental, en que el equipo médico concluye que el egreso del paciente representa un riesgo para la vida del paciente o del que está por nacer, y la gestante o tutor del paciente insiste en el alta voluntaria, se deberá informar la situación al trabajador/a social del servicio que corresponda, quien deberá reportar la situación de riesgo a Juzgado de familia competente (dejando registro en ficha clínica), quienes se pronunciarán respecto a la pertinencia de adoptar alguna medida de protección, y al equipo médico de APS.
- El médico tratante deberá comunicar a la gestante o tutor del paciente, que se notificará al Juzgado de familia y a APS esta situación dejando registro de tal comunicación en formulario de alta voluntaria en la sección observaciones.

### 7. Criterios de calidad

- Completitud de la solicitud del alta voluntaria

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 65
	Protocolo Solicitud de Alta Voluntaria	Edición: segunda
		Fecha: enero 2023


## 8. Flujoograma



## 9. Distribución

- Todos los servicios de hospitalización
- Servicio de Urgencia
- Servicio de Urgencia Respiratoria
- Servicio de Urgencia Maternidad

## 10. Anexos

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 65
	Protocolo Solicitud de Alta Voluntaria	Edición: segunda
		Fecha: enero 2023

**Anexo 1**

**SOLICITUD DE ALTA VOLUNTARIA**

Yo (Nombre del paciente y/o su representante legal o en su defecto a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre).....,  
RUT:.....,Fecha.....,  
He decidido solicitar "Alta Voluntaria" del Servicio de....., del Hospital Claudio Vicuña, donde me encuentro hospitalizado/a con hipótesis diagnóstica..... Declaro haber sido informado por el médico Dr(a)..... y comprender las alternativas de tratamiento y los riesgos que pueda representar mi alta voluntaria por el diagnóstico, asumiendo la responsabilidad de los riesgos y posibles consecuencias de mi decisión.

Dirección particular:.....

Teléfono (al menos dos):.....

Firma.....

**EN CASO DE MENOR DE EDAD, DISCAPACIDAD FÍSICA Y/O MENTAL**

Nombre y dos apellidos del representante legal, o en su defecto, persona bajo cuyo cuidado se encuentre: .....

RUT.....Firma.....

**IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO**

Nombre y Apellido .....

RUT .....Firma.....

Observaciones(si corresponde):.....

**REVOCACIÓN DE ALTA VOLUNTARIA** SI


Motivo revocación.....

Nombre del paciente y/o su representante legal o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre:.....

Firma:..... Fecha:.....

Nombre y firma del médico:.....



	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 65
	Protocolo Solicitud de Alta Voluntaria	Edición: segunda
		Fecha: enero 2023

### 11. Formulario de control de cambio

Número de edición	Cambios	Fecha	Firma