

Cómo registrar la entrevista del paciente

La «**Entrevista**» es la sección más importante de la ficha: en ella registra el motivo de la consulta y la historia de la enfermedad. Es, además, la **primera sección que debe guardar**, porque las demás (exámenes, diagnóstico, tratamiento y cuenta) **se activan al guardar la entrevista**.

“📄 **Recuérdelo:** la propia pantalla se lo indica con el aviso «Exámenes, procedimientos, diagnóstico y recetas se activan al guardar la entrevista al paciente.»

Paso 1 — Abra la sección «Entrevista»

En el acordeón de la ficha, haga clic en el encabezado «**Entrevista**» para desplegarla.

“📄📄 *Captura sugerida: sección «Entrevista» abierta con todos sus campos.*

Paso 2 — Complete los datos generales de la consulta

Llene los campos. Los marcados con **(obligatorio)** son necesarios para poder guardar:

Campo	Descripción
-------	-------------

Motivo de consulta <i>(obligatorio)</i>	Razón principal de la visita (por ejemplo, «Dolor de cabeza»).
Tipo de consulta <i>(obligatorio)</i>	Seleccione el tipo: <i>Primera Consulta, Reconsulta, Procedimiento, Recoger Resultados, Video consulta o Consulta post operatoria.</i>
Fecha de consulta	Solo aparece cuando atiende a un paciente sin cita previa. Es opcional.
Paciente crónico	Interruptor « Sí » / « No » para indicar si el paciente es crónico.

“ ☐ Si elige el tipo **Reconsulta** o **Consulta post operatoria**, el sistema le mostrará la «**Última consulta**» del paciente para que tenga el contexto a mano.

“ ☐ *Captura sugerida: campos «Motivo de consulta», «Tipo de consulta» y el interruptor «Paciente crónico».*

Paso 3 — Elija el formato de la historia (opcional)

Para ahorrar tiempo, puede partir de una plantilla:

Control	Para qué sirve
« Usar ficha »	Selecciona el tipo de ficha clínica que usará (cuando hay varias disponibles).
« Formato de historia »	Plantilla de texto con la estructura de la historia. Al elegir un formato, su contenido se carga en el editor para que solo complete los datos. <i>(En consultas de tipo Procedimiento este control se titula «Notas de procedimiento».)</i>

“ ☐ Si usa siempre el mismo esquema, configure un formato por defecto en **Configuración → Formatos de historia** y se cargará solo.

Paso 4 — Escriba la historia de la enfermedad

En el editor de texto, en la pestaña «**Historia Clínica**», redacte la historia del padecimiento. El editor permite dar formato (negrita, listas, etc.), igual que un procesador de texto.

“□ El campo muestra el texto de ayuda «*Ingrese la historia de la enfermedad...*» mientras está vacío.

Dictar la historia por voz (transcripción)

En la barra del editor hay un botón para **iniciar y detener la transcripción** por voz. Al activarlo, lo que usted dicta se va escribiendo en la pestaña «**Transcripción**».

1. Pulse el botón de transcripción para **iniciar la grabación**. El sistema mostrará el tiempo transcurrido y el tiempo restante.
2. Pulse de nuevo para **detener**.
3. En la pestaña «**Transcripción**» puede pulsar «**Guardar**» o «**Convertir a historial clínico con AI**» para que la inteligencia artificial ordene el texto dictado y lo pase a la historia clínica.

“⚠ **Importante:** la transcripción tiene un límite máximo de **30 minutos por cita**. Al alcanzarlo, la grabación se detiene automáticamente y aparece el aviso «*Límite alcanzado: Ha utilizado el máximo de 30 minutos de transcripción permitidos para esta cita.*»

“□ *Captura sugerida: editor de «Historia Clínica» y la pestaña «Transcripción» con el indicador de tiempo.*

Paso 5 — (Opcional) Registre un procedimiento especial o resultado de estudio

A la derecha de la historia hay un recuadro «**Agregar procedimiento especial o resultado de estudio**» para anotar resultados de estudios externos:

1. En «**Nombre:**» escriba o seleccione el procedimiento (por ejemplo, «Colonoscopia»).
2. En «**Resultado:**» anote el hallazgo.
3. En «**Informe:**» puede **subir un archivo** con el informe (pulse «**Seleccione...**» y luego «**Subir archivo**»).
4. Pulse «**Agregar**».

Lo agregado aparece en la tabla «**Histórico de procedimientos especiales**», con columnas **Nombre**, **Fecha**, **Resultado** e **Informe**. Desde ahí puede abrir el informe adjunto o eliminar un registro.

“  *Captura sugerida: recuadro «Agregar procedimiento especial o resultado de estudio» y su histórico.*

Paso 6 — Guarde la entrevista

1. Verifique que los campos obligatorios estén completos. El botón «**Grabar**» permanece deshabilitado hasta que el formulario esté completo.
2. Pulse el botón «**Grabar**» (mientras guarda mostrará «*Generando ficha...*»).
3. Cuando termine, verá el mensaje «**Entrevista actualizada exitosamente.**», la sección «**Entrevista**» mostrará su **marca de verificación** (✓) y el sistema **abrirá automáticamente la sección «Exámenes»** para que continúe.

“  **Importante:** si en ese momento no tiene conexión a internet, el sistema se lo avisará y **no podrá guardar**. En ese caso, copie su texto a un documento aparte para no perderlo y vuelva a intentar cuando recupere la conexión.

☐ Captura sugerida: botón «Grabar» y la marca de verificación en el encabezado «Entrevista».

Botones adicionales de la entrevista

Botón	Qué hace
«Revisar antecedentes»	Abre la ficha del paciente para consultar o actualizar sus antecedentes.
«Guardar formato»	Guarda el texto actual como un formato reutilizable para futuras consultas. Pedirá un « Nombre del formato » .
«Ver plan de cirugía»	Solo aparece si el paciente tiene un plan de cirugía asociado; lo abre para consultarlo.

Anterior: Cómo iniciar la atención de un paciente · **Siguiente:** Cómo registrar exámenes, estudios y consentimientos.