



CME
Digital Clinic

Manual de usuario

Sistema de Historia Clínica Electrónica

Versión 2.0

Agosto de 2026

Carlos Martín Espíndola

Contenido

1. Antes de empezar

1. Qué es CME Digital Clinic
2. Cómo ingresar al sistema
3. Tu primer ingreso
4. Cómo está organizada la pantalla
5. Qué puede hacer cada perfil

2. Mi perfil

1. Tus datos
2. Foto de perfil
3. Firma y sello
4. Cambiar la contraseña

3. Pacientes

1. Buscar un paciente
2. Registrar un paciente nuevo
3. Corregir datos
4. Dar de baja un paciente

4. La historia clínica

1. La cabecera: lo que hay que ver siempre
2. Filtrar por sección

5. Antecedentes

1. Cargar un antecedente
2. Destacar en la cabecera
3. Vigente, resuelto y descartado
4. Corregir y anular

6. Evoluciones

1. Registrar una consulta
2. Signos vitales
3. Diagnóstico y código CIE-10
4. Borrador y firma
5. Anular una evolución

7. Recetas

1. Emitir una receta
2. El control de alergias
3. Firmar la receta
4. Imprimir
5. Anular una receta

8. Verificación de recetas

9. Estudios y archivos

0. Agenda y turnos

1. Portal del paciente

2. Administración

1. Usuarios
2. Códigos CIE-10
3. Datos geográficos

3. Preguntas frecuentes

4. Notas legales

1. Antes de empezar

1.1 Qué es CME Digital Clinic

CME Digital Clinic es un sistema de historia clínica electrónica pensado para consultorios y centros médicos. Reemplaza la carpeta de papel: guarda los datos del paciente, sus antecedentes, cada consulta, las recetas que se le emiten y los estudios que trae.

Hay una idea que atraviesa todo el sistema y conviene entenderla desde el principio: **los registros clínicos no se borran**. Una consulta firmada, una receta emitida o un antecedente cargado quedan para siempre. Si algo está mal, se anula indicando el motivo, y tanto el registro original como la anulación quedan a la vista. Eso es lo que le da valor legal a la historia clínica.

1.2 Cómo ingresar al sistema

Abrió el navegador y entrá a la dirección que te haya indicado el administrador. Vas a ver la pantalla de acceso con el logo del sistema.

Ingresá tu correo electrónico y tu contraseña, y tocá el botón de ingreso. Si te equivocás, el sistema te avisa sin decirte cuál de los dos datos está mal: es a propósito, para que nadie pueda averiguar qué correos están registrados.

Elegí cómo se ve el sistema

Arriba a la derecha, tanto en la pantalla de acceso como dentro del sistema, hay un selector de temas visuales. Podés elegir entre cinco combinaciones de colores, incluida una oscura para trabajar de noche. La elección queda guardada en tu navegador.

1.3 Tu primer ingreso

Cuando el administrador crea tu usuario, le asigna una contraseña provisoria. La primera vez que entres, el sistema te va a llevar directo a la pantalla de cambio de contraseña y no te va a dejar avanzar hasta que la cambies.

Elegí una contraseña de al menos ocho caracteres que no uses en otros sitios. Esta clave da acceso a información médica de personas reales.

Tu usuario es personal

No compartas tu contraseña ni dejes la sesión abierta en una computadora de uso común. Todo lo que se registra queda firmado con tu nombre: las evoluciones, las recetas, las anulaciones. Si otra persona usa tu usuario, esos actos van a figurar como tuyos.

1.4 Cómo está organizada la pantalla

El sistema tiene tres zonas fijas.

El **menú lateral**, a la izquierda, es por donde se navega. Se puede plegar con el botón de las tres líneas para ganar espacio. Los módulos clínicos están agrupados bajo **Historia Clínica**.

La **barra superior** tiene el acceso al manual, el selector de temas y tu foto de perfil, desde donde salís del sistema.

El **área central** es donde trabajás. Arriba de todo aparece siempre el nombre de la pantalla y una línea de migas que te indica dónde estás parado.

1.5 Qué puede hacer cada perfil

El sistema asigna permisos según el perfil de cada usuario. Una misma persona puede tener más de uno: el caso típico es el profesional que además administra el consultorio.

Perfil	Qué puede hacer
Admin	Todo lo anterior más la gestión de usuarios, los códigos CIE-10 y los datos geográficos.
Profesional	Atiende pacientes: registra evoluciones, emite y firma recetas, carga antecedentes y estudios. Es el único que puede firmar.
Recepción	Registra pacientes y administra la agenda y los turnos. No accede al contenido clínico de las consultas.
Paciente	Entra a su propio portal: ve sus recetas y sus datos. No ve información de otros pacientes.

Sobre la firma

Solo un usuario con perfil Profesional y *matrícula cargada* puede firmar evoluciones y recetas. Si intentás firmar sin matrícula, el sistema te lo va a impedir con un mensaje. La matrícula se carga desde **Mi perfil**.

2. Mi perfil

Disponible para todos los perfiles.

2.1 Tus datos

Entrá a **Mi perfil** desde el menú lateral. Vas a ver tu nombre, correo, dirección, ciudad y, si sos profesional, tu matrícula y especialidad. También figuran los perfiles que tenés asignados.

El botón **Editar** te permite corregir nombre, apellido, dirección y ciudad. El correo no se cambia desde acá: es tu usuario de acceso, y solo el administrador puede modificarlo.

La matrícula sale impresa

Tu matrícula y especialidad aparecen en el encabezado de cada receta que emitís y en cada evolución que firmás. Verificá que estén bien escritas antes de empezar a atender.

2.2 Foto de perfil

Tocá **Cambiar foto**, elegí la imagen y confirmá. Se aceptan JPG, PNG, WEBP y GIF de hasta 15 MB. La foto aparece en la barra superior y ayuda a identificar quién está usando el sistema en cada momento.

Con **Quitar foto** volvé a la imagen genérica.

2.3 Firma y sello

Profesional — solo aparece si tenés matrícula cargada.

Podés subir una imagen de tu firma para que se estampe en las recetas que imprimas, arriba de la línea con tu nombre y matrícula. Sin esta imagen, la receta sale con la línea vacía para firmar a mano.

Cómo conseguir una buena imagen

- Firmá con marcador o birome negra sobre una hoja blanca lisa.
- Escaneala o sacale una foto bien iluminada, sin sombras.
- Recortá el sobrante para que quede solo la firma.
- Si podés, guardala en **PNG con fondo transparente**.

Por qué conviene el fondo transparente

Si subís una foto o un JPG, la imagen lleva su propio fondo blanco y al imprimirse se nota un recuadro alrededor de la firma. Con PNG transparente la firma se apoya directamente sobre el papel y se ve natural.

Una vez elegida la imagen vas a ver una vista previa. Confirmá con **Guardar firma**. Podés reemplazarla cuando quieras o quitarla con el enlace correspondiente.

Cuidá esta imagen

Tu firma escaneada es un dato sensible. No la compartas ni la dejes en carpetas de acceso público. Si dejás de usar el sistema o cambiás de institución, quitala desde esta misma pantalla.

2.4 Cambiar la contraseña

En la sección Seguridad de tu perfil está el botón **Cambiar contraseña**. Vas a necesitar la actual y la nueva. La nueva tiene que ser distinta de la que estabas usando.

Si olvidaste tu contraseña, pedile al administrador que te la reinicie: te va a asignar una provisoria y el sistema te va a exigir cambiarla en el siguiente ingreso.

3. Pacientes

Admin Profesional Recepción

3.1 Buscar un paciente

Entrá a **Historia Clínica → Pacientes**. La lista muestra número de historia clínica, apellido, nombre, documento, edad, teléfono y obra social.

El buscador de arriba filtra por cualquiera de esos datos a medida que escribís. También podés ordenar por cualquier columna tocando su encabezado.

El cartel rojo de Alergias

Si un paciente tiene alergias registradas, al lado de su apellido aparece un cartel rojo que dice **Alergias**. Está ahí para que lo veas antes de abrir la ficha. Cuando aparezca, revisá los detalles antes de prescribir cualquier medicamento.

3.2 Registrar un paciente nuevo

Tocá **Agregar Paciente** y completá el formulario. Los campos obligatorios son apellido, nombre, tipo y número de documento, fecha de nacimiento y sexo.

El **número de historia clínica se genera solo**, con el formato HC-año-número correlativo. No hace falta que lo cargues.

El sistema no permite dos pacientes con el mismo tipo y número de documento. Si aparece ese mensaje, buscá primero en la lista: probablemente el paciente ya esté cargado.

Campos que conviene completar aunque no sean obligatorios

Campo	Por qué importa
Obra social y N° de afiliado	Salen impresos en la receta. Sin estos datos la farmacia puede rechazarla.
Grupo sanguíneo	Se muestra en la cabecera de la historia clínica, a la vista en cada consulta.
Contacto de emergencia	A quién llamar si el paciente no puede responder por sí mismo.
Teléfono y correo	Necesarios para avisos de turnos y para darle acceso al portal.

Las alergias no van acá

El formulario tiene un campo de texto libre llamado *Alergias conocidas*, que se conserva por compatibilidad con datos cargados antes. **Las alergias nuevas se cargan como antecedente**, dentro de la historia clínica del paciente. Solo así el sistema puede avisarte al momento de prescribir. Ver el capítulo 5.

3.3 Corregir datos

El botón con el lápiz, en la fila del paciente, abre el formulario de edición. Los datos administrativos se corrigen libremente: un teléfono mal cargado o un apellido mal escrito se arreglan sin dejar rastro, porque no son actos médicos.

3.4 Dar de baja un paciente

Un paciente no se elimina: se anula indicando el motivo. El registro queda en el sistema con su historia completa, pero deja de aparecer en la operación diaria.

El sistema no permite anular un paciente que tenga consultas registradas. Es una protección deliberada: si se atendió, su historia tiene que seguir accesible.

4. La historia clínica

Admin

Profesional

Desde la lista de pacientes, tocá el apellido para abrir su historia clínica. Es la pantalla donde vas a pasar la mayor parte del tiempo.

4.1 La cabecera: lo que hay que ver siempre

Arriba de todo, y en todas las secciones, se mantiene visible un bloque con la información que no debería pasarse por alto.

Identificación

Nombre, número de historia clínica, documento, edad, sexo, grupo sanguíneo, obra social y número de afiliado.

Alergias conocidas

Un recuadro rojo con las alergias vigentes del paciente y sus observaciones. Si el recuadro no aparece, es porque no hay ninguna cargada.

La etiqueta "Sin normalizar"

Si una alergia aparece con una etiqueta amarilla que dice *Sin normalizar*, significa que quedó cargada como texto libre en la ficha del paciente y no como antecedente. Esas alergias se ven en el cartel, pero **el sistema no puede usarlas para avisarte al prescribir**. Conviene pasarlas a antecedente y borrar el texto libre.

Antecedentes a tener en cuenta

Un recuadro amarillo con los antecedentes que alguien marcó como destacados: marcapasos, anticoagulación, insuficiencia renal, medicación crónica. Es lo que hay que saber antes de indicar un tratamiento.

Observaciones

Notas generales sobre el paciente que no encajan en los demás campos.

4.2 Filtrar por sección

Debajo de la cabecera hay un buscador y cuatro botones: **Antecedentes**, **Recetas**, **Estudios** y **Evoluciones**, más un botón **Todo**.

Tocá el que necesites para ver solo esa sección. El buscador filtra por texto dentro de lo que estés viendo, lo que sirve para encontrar rápido una consulta vieja o una receta puntual sin recorrer toda la historia.

5. Antecedentes

Admin Profesional

Los antecedentes son las condiciones estables del paciente: lo que hay que saber antes de atenderlo, independientemente del motivo de la consulta de hoy.

5.1 Cargar un antecedente

En la sección Antecedentes, tocá **Agregar**. Lo primero que elegís es el tipo, y de eso depende qué campos aparecen.

Tipo	Qué registra
Patológico	Enfermedades diagnosticadas: hipertensión, diabetes, asma.
Quirúrgico	Cirugías realizadas, con su fecha aproximada.
Familiar	Enfermedades de familiares directos. Exige indicar el parentesco.
Medicación habitual	Lo que el paciente toma de forma crónica. Agrega dosis y frecuencia.
Alergia	Medicamentos, alimentos o sustancias a las que reacciona.
Hábito	Tabaquismo, alcohol, actividad física.
Gineco-obstétrico	Embarazos, partos, antecedentes ginecológicos.
Vacunación	Vacunas aplicadas y sus fechas.

La **descripción** es obligatoria y es lo que se va a leer en la lista. La **fecha aproximada** es opcional: si solo sabés el año, cargá cualquier día de ese año.

Cómo escribir una alergia

En la descripción de una alergia poné **el nombre genérico de la droga, solo**: "Dipirona", "Penicilina", "Ibuprofeno". No escribas frases como "alérgica a la dipirona" ni agregues la marca comercial.

El motivo es concreto: el sistema compara esa descripción contra lo que se prescribe para avisarte. Si el nombre está enterrado en una frase, la comparación puede fallar. Los detalles de la reacción van en el campo Observaciones.

5.2 Destacar en la cabecera

La casilla **Destacar en la cabecera** hace que ese antecedente suba al recuadro amarillo, visible en toda la historia clínica.

Usala para lo que cambia una conducta médica: marcapasos, anticoagulación, insuficiencia renal, embarazo en curso, medicación crónica. Si destacás todo, el recuadro se llena y deja de servir para lo que fue pensado.

5.3 Vigente, resuelto y descartado

Cada antecedente tiene un estado que se cambia con el botón del círculo, en su fila.

Un antecedente **vigente** es una condición activa. Cuando deja de serlo —una patología que se curó, una medicación que se suspendió— se marca como **Resuelto**: sigue en la historia, pero atenuado.

Las alergias funcionan distinto

Una alergia no se "resuelve": o se confirma, o se descarta. Por eso, en los antecedentes de tipo Alergia el estado se llama **Descartada**, y antes de aplicarlo el sistema te pide una confirmación explícita.

Usalo *únicamente* cuando se comprobó que la alergia no existe —por ejemplo, tras una prueba que dio negativa—. Una alergia descartada deja de aparecer en el cartel rojo y deja de generar advertencias al prescribir.

5.4 Corregir y anular

A diferencia de las evoluciones, un antecedente **sí se puede corregir** con el botón del lápiz. No documenta un acto médico puntual sino una condición que se va precisando con el tiempo.

Si se cargó por error, el botón rojo lo anula. Vas a tener que indicar el motivo, que queda registrado.

6. Evoluciones

Profesional

La evolución es el registro de una consulta. En el sistema también vas a ver la palabra "consulta": son lo mismo.

6.1 Registrar una consulta

Desde la historia clínica del paciente, tocá **Nueva evolución**. El formulario sigue el formato SOAP, que es el estándar del registro clínico.

Campo	Qué se registra
Motivo de consulta	Por qué vino el paciente hoy, en pocas palabras.
Anamnesis (<i>subjetivo</i>)	Lo que relata el paciente, con sus palabras.
Examen físico (<i>objetivo</i>)	Los hallazgos de la exploración.
Diagnóstico (<i>evaluación</i>)	Diagnóstico presuntivo o definitivo.
Indicaciones y plan	Tratamiento, estudios pedidos, derivaciones, pautas de alarma.
Próximo control	Cuándo debería volver.

6.2 Signos vitales

La fila de signos vitales toma peso, talla, tensión arterial sistólica y diastólica, frecuencia cardíaca y temperatura. Son todos opcionales: cargá los que hayas medido.

El **índice de masa corporal se calcula solo** si cargás peso y talla, y se muestra junto al resto de los valores.

Decimales
Para los valores con decimales podés usar punto o coma indistintamente: escribí 36.4 o 36,4 y el sistema lo interpreta igual. Peso, talla y temperatura admiten un decimal; tensión y frecuencia cardíaca son valores enteros.

6.3 Diagnóstico y código CIE-10

Al lado del diagnóstico hay un buscador de códigos CIE-10, la clasificación internacional de enfermedades. Escribí el código si lo sabés, o parte del nombre del diagnóstico, y elegí de la lista que aparece.

El código no es obligatorio, pero cargarlo permite después obtener estadísticas de qué se atiende en el consultorio, y muchas obras sociales lo exigen para liquidar prestaciones.

6.4 Borrador y firma

Una evolución nace como **Borrador**. En ese estado podés editarla todas las veces que quieras: durante la consulta, después, o al día siguiente si te quedó algo pendiente.

Cuando está completa, tocá **Firmar**.

La firma es definitiva
Una vez firmada, la evolución **no se puede modificar nunca más**. Desaparecen los botones de editar y firmar, y solo queda la opción de anular. Esa inmutabilidad es lo que le da valor legal al registro.
Leé lo que escribiste antes de firmar. Si después detectás un error, el camino es anular esa evolución explicando el motivo y registrar una nueva y correcta.

6.5 Anular una evolución

El botón rojo anula la evolución. Vas a tener que escribir el motivo, que queda guardado junto con tu nombre y la fecha.

La evolución anulada sigue visible en la historia, marcada como tal y con su motivo a la vista. No desaparece: eso sería alterar el registro.

7. Recetas

Profesional

7.1 Emitir una receta

En la historia clínica del paciente, filtro **Recetas**, tocá **Nueva receta**.

Completá el **diagnóstico** que motiva la prescripción y, si hace falta, las **observaciones**: pautas, advertencias, controles. Todo eso sale impreso.

Después cargá los medicamentos. Con el botón **Agregar** sumás tantos renglones como necesites.

Campo	Qué poner
Genérico (droga)	Obligatorio. El nombre de la droga: Enalapril, Amoxicilina.
Nombre comercial	Opcional. Una marca sugerida, no vinculante.
Presentación	Comprimidos 500 mg, jarabe 120 ml, ampollas.
Cantidad	Cuántos envases.
Duración	7 días, tratamiento crónico, 30 días.
Posología	1 comprimido cada 8 horas, 1 por día en ayunas.

Ley 25.649

La prescripción por nombre genérico es obligatoria en Argentina. Por eso el campo es requerido y la marca comercial figura en la receta impresa solo como sugerencia. El farmacéutico debe informar al paciente sobre las alternativas disponibles.

7.2 El control de alergias

Mientras cargás el nombre de una droga, el sistema la compara contra las alergias registradas del paciente. Si coinciden, aparece un **recuadro rojo** arriba de los medicamentos indicando cuál es el conflicto.

La comparación ignora mayúsculas y acentos, y reconoce variantes: si el paciente es alérgico a "Dipirona", el aviso salta igual si escribís "dipirona sódica".

El control actúa en tres momentos:

1. Mientras escribís, con el recuadro rojo.
2. Al guardar, con un diálogo que enumera los conflictos.
3. Al firmar, con el mismo diálogo, antes de que la receta quede definitiva.

El aviso no bloquea, pero queda registrado

El sistema no te impide prescribir: hay situaciones donde el profesional decide hacerlo con criterio clínico. Pero si confirmás y firmás igual, **la receta guarda constancia de que fuiste advertido y de qué se te advirtió**.

Eso es a favor tuyo: deja documentado que la decisión se tomó con la información a la vista, no por descuido.

El control depende de cómo estén cargadas las alergias

Solo se comparan las alergias cargadas como **antecedente de tipo Alergia y vigentes**. Las que estén como texto libre en la ficha del paciente, o marcadas como descartadas, no generan aviso. Revisá siempre el recuadro rojo de la cabecera además de confiar en el control automático.

7.3 Firmar la receta

Una receta nace como borrador y en ese estado se puede editar. Para poder imprimirla hay que firmarla.

Al igual que con las evoluciones, **la firma es definitiva**. Al firmar, el sistema genera además un código de verificación único que va impreso en el papel.

Si no tenés matrícula cargada en tu perfil, el sistema no te va a dejar firmar.

7.4 Imprimir

El botón **Imprimir** aparece solo en recetas firmadas y no anuladas. Se abre una pestaña con la receta lista para el papel, que incluye:

- Tu nombre, especialidad y matrícula, con el logo del sistema.
- Número de receta y fecha.
- Datos del paciente, con obra social y afiliado.
- El diagnóstico y el listado de medicamentos.
- Tu firma escaneada, si la cargaste, sobre la línea de firma.
- El código QR de verificación con su código alfanumérico.
- La leyenda de la Ley 25.649 y la fecha de firma.

Si el QR o la firma no salen impresos

Algunos navegadores omiten imágenes de fondo al imprimir. En el diálogo de impresión, buscá la opción de *gráficos de fondo* o *background graphics* y activala.

7.5 Anular una receta

El botón rojo anula la receta indicando el motivo. La receta anulada queda visible en la historia con su motivo, y su código de verificación deja de dar por válida la prescripción.

8. Verificación de recetas

Página pública: no requiere usuario ni contraseña.

Cada receta firmada lleva impreso un código QR y un código de doce caracteres. Sirven para que cualquiera pueda comprobar que la receta es auténtica y fue emitida por el profesional que figura en ella.

Cómo se usa

1. Escanear el QR con la cámara del teléfono, o
2. entrar a la dirección de verificación y tipear el código a mano.

La página responde de una de estas formas:

Resultado	Qué significa
VÁLIDA	La receta existe, fue firmada y no está anulada. Se muestran número, fecha, profesional con su matrícula, iniciales del paciente, documento parcial y los medicamentos.
NO ENCONTRADA	El código no corresponde a ninguna receta firmada. Puede ser un error de tipeo o una receta adulterada.

Por qué los datos del paciente se ven incompletos

La página muestra solo las iniciales y los últimos dígitos del documento. El código viaja impreso en un papel que puede circular más de lo previsto, así que se expone lo mínimo necesario para verificar sin revelar la identidad completa junto al diagnóstico.

Qué es y qué no es esta verificación

Esta herramienta permite **constatar la autenticidad** de una receta emitida por el sistema. No constituye una receta electrónica en los términos de la Ley 27.553, que exige plataformas registradas ante la autoridad sanitaria y firma digital con certificado. La receta válida a todos los efectos sigue siendo el ejemplar impreso y firmado.

9. Estudios y archivos

Admin

Profesional

En el filtro **Estudios** de la historia clínica se guardan los archivos que trae el paciente: análisis de laboratorio, radiografías, informes de otros profesionales, consentimientos firmados.

Cargar un estudio

Elegí el archivo, indicá de qué se trata y la fecha del estudio. Si corresponde a una consulta puntual, podés vincularlo a esa evolución.

Archivos repetidos

Si subís dos veces el mismo archivo, el sistema lo detecta y guarda una sola copia, aunque aparezca referenciado en los dos lugares. No ocupa espacio de más.

Acceso restringido

Los estudios de pacientes no se pueden abrir por dirección directa: el acceso pasa siempre por la historia clínica del paciente al que pertenecen. Es una protección deliberada, para que un enlace copiado no exponga el estudio de otra persona.

10. Agenda y turnos

Admin **Profesional** **Recepción**

La sección **Agenda** muestra los turnos organizados por profesional y por día, y es la vista habitual del mostrador. La sección **Turnos** presenta la misma información como listado, útil para buscar un turno puntual o revisar un período.

Cada turno registra al paciente, el profesional, la fecha y hora, y su estado. Cuando el paciente es atendido, la consulta que se registre puede quedar vinculada a ese turno, de modo que la agenda refleje qué se atendió efectivamente.

Duración de los turnos

Cada profesional tiene una duración de turno por defecto configurada en su usuario. El administrador puede ajustarla desde la gestión de usuarios.

11. Portal del paciente

Paciente

Un paciente puede tener usuario propio para consultar su información. El administrador crea el usuario con perfil Paciente y lo vincula a su ficha.

Al ingresar, el paciente ve una pantalla reducida: sus datos y sus recetas. No accede al menú clínico ni a información de otras personas.

Recetas en el celular

El paciente puede ver el código QR de sus recetas desde el portal y presentarlo en la farmacia, que al escanearlo comprueba que la prescripción es auténtica.

Esto no reemplaza al papel

El QR sirve para verificar autenticidad, no para dispensar. La farmacia debe recibir la receta impresa y firmada. Consultá con la farmacia antes de asumir que aceptan el código como único respaldo.

Al paciente: cuidá tu acceso

Tu usuario da acceso a tu información médica. No compartas la contraseña y cerrá sesión si usás un dispositivo prestado.

12. Administración

Admin

12.1 Usuarios

En **Usuarios** se crean y administran las cuentas del sistema.

Crear un usuario

Cargá nombre, apellido y correo, y asigná al menos un perfil. **No definís la contraseña**: el sistema asigna una provisoria y obliga a cambiarla en el primer ingreso.

Si el perfil es Profesional, cargá la matrícula y la especialidad: sin matrícula no va a poder firmar. Si el perfil es Paciente, hay que vincular la ficha del paciente correspondiente.

Un usuario puede tener varios perfiles

El caso más común es el profesional que también administra el consultorio, o el que además se atiende ahí. Asigná todos los perfiles que correspondan: los permisos se suman.

Dar de baja

El interruptor de la columna de estado desactiva al usuario sin borrarlo. Deja de poder ingresar, pero todo lo que firmó sigue figurando a su nombre. **Nunca elimines un usuario** que haya firmado registros clínicos.

Reiniciar una contraseña

Si alguien olvidó su clave, desde la edición del usuario se le asigna una nueva provisoria. En el siguiente ingreso el sistema le va a exigir cambiarla.

12.2 Códigos CIE-10

El listado de la clasificación internacional de enfermedades, que alimenta el buscador del formulario de evolución. Se puede consultar, agregar códigos y corregir descripciones.

12.3 Datos geográficos

Países, provincias y ciudades, usados en las direcciones de pacientes y usuarios. Normalmente se cargan una vez al poner en marcha el sistema.

13. Preguntas frecuentes

Me equivoqué en una evolución que ya firmé.

No se puede editar. Anulala explicando el error y registrá una nueva evolución correcta. Las dos van a quedar visibles, que es exactamente lo que corresponde en una historia clínica.

No me aparece el botón Firmar.

Puede ser por tres razones: la evolución o receta ya está firmada, está anulada, o la creó otro profesional. Solo quien emitió un registro puede firmarlo.

El sistema no me deja firmar recetas.

Revisá que tu perfil tenga la matrícula cargada, en [Mi perfil](#). Es obligatoria en toda receta.

Cargué una alergia pero no me avisa al prescribir.

Verificá que esté cargada como antecedente de tipo Alergia y que esté vigente. Si la cargaste en el campo de texto libre de la ficha del paciente, no genera aviso. Revisá también que la descripción sea el nombre de la droga y no una frase.

El paciente tiene alergia pero no aparece el cartel rojo en la lista.

El cartel considera tanto las alergias cargadas como antecedente vigente como el texto libre de la ficha. Si no aparece, probablemente la alergia esté marcada como descartada.

La receta sale sin el QR o sin mi firma.

Activá los gráficos de fondo en el diálogo de impresión del navegador. Si la firma sigue sin salir, verificá que la hayas subido en [Mi perfil → Firma y sello](#).

Cargué la temperatura con punto y me dio error de rango.

Ese problema fue corregido. Si te vuelve a pasar, avisá al administrador: puede ser una versión desactualizada del sistema.

No encuentro un paciente que sé que está cargado.

Probá buscando por documento en vez de por apellido, por si está mal escrito. Si aun así no aparece, puede haber sido anulado.

Se cerró mi sesión sola.

La sesión dura hasta siete días de inactividad. Volvé a ingresar; no se pierde nada de lo guardado. Los borradores quedan guardados.

14. Notas legales

Sobre la firma en el sistema

Cuando el sistema dice que una evolución o una receta está "firmada", significa que el registro quedó cerrado de forma inmutable, con la identidad del profesional, la fecha y la hora. Es una firma electrónica en sentido amplio y sirve como respaldo interno y como constancia del acto médico.

No es una **firma digital** en los términos de la Ley 25.506, que requiere un certificado emitido por un certificador licenciado. Si tu institución necesita ese nivel de validez, consultá antes de operar solo con el registro digital.

Prescripción por nombre genérico

La Ley 25.649 obliga a prescribir por denominación común internacional. El sistema exige el nombre genérico y trata la marca comercial como una sugerencia no vinculante, tal como corresponde.

Conservación de la historia clínica

La Ley 26.529 de derechos del paciente establece que la historia clínica debe conservarse por un plazo mínimo de diez años y que el paciente es su titular. El sistema no borra registros clínicos por diseño, pero **eso no reemplaza una política de copias de seguridad**. Asegurate de que el administrador tenga un esquema de respaldo periódico y probado.

Datos personales

La información clínica es un dato sensible según la Ley 25.326. Manejala con el cuidado que corresponde: no compartas usuarios, no dejes sesiones abiertas, no envíes datos de pacientes por canales no seguros y no extraigas información fuera del sistema sin necesidad justificada.

Alcance de este manual

Este documento describe el funcionamiento del sistema. No constituye asesoramiento legal ni clínico. Las decisiones médicas son responsabilidad exclusiva del profesional interviniente, y las obligaciones regulatorias deben verificarse con la normativa vigente y el asesoramiento correspondiente.