



AXONICO HIS
NOVEDADES DE VERSION
AGOSTO 2024



INDICE

[RECETA IMPRESIÓN Y ENVÍO POR MAIL](#)

[ABM PROFESIONALES CONSULTA SISSA](#)

[BLOQUEO DE ATENCION DE UNA INSTITUCION](#)

RECETA IMPRESIÓN Y ENVIO POR MAIL

Al momento de generar una receta se puede enviar por mail.

GARCIA CARLOS

Historia Clínica: 75358 Apellido Nombre: GARCIA CARLOS

Evaluaciones Solicitudes Exámenes Odontograma Impresión de Formularios Rehabilitación Hoja de Enfermería Oftalmología Vacunas

Resumen Evoluciones **Indicaciones Farmacológicas*** Alergias / Recordatorios Antecedentes Diagnósticos Laboratorio Estudios Internaciones At. Ambulatorias Seguimientos Terapéuticos

Indicaciones/Prescripciones

☐ Incluir Vencidas ☐ Incluir Bajas y Supendidas

Monodroga	Forma	Potencia	Unidades				
Cant	Unidad Cant	Frec	Unidad Cada	Modo	Fecha Inic	Fecha Hasta	Usuario
OMEPRAZOL	COMPRIMIDOS/PASTILLAS/TAF	10 MG	UNIDADES				
1,00	COMPRIMIDO	24	HORAS	PRESCRIPTO	30/08/2024	29/09/2024	ADMIN

Estado: ACTIVO

Comercial Sugerido:

Observaciones:

Borrar
Generar Receta
Inserta Monodroga
Inserta Monodroga Busq. Comercial

Guardar

Nro Receta: ☒ Única ☐ Crónica ☐ Usar Sigr

Fecha: 30/08/2024 Fecha Vencimiento: 29/09/2024 Sucursal: CENTRO MED

Cobertura: (1) DOS - COLMED - Nro. Afil.: 3

Diagnóstico: Q PRIVACION DE AGUA Estado: ALTA

Especialidad: CLINICA MEDICA Copias: ORIGINAL

Observaciones:

Monodroga	Forma	Potencia	Unidades	Cantidad
			Envase/Caja/Frasco	
OMEPRAZOL	COMPRIMIDOS/PASTILLAS/TABLETAS/GR	10 MG	28 UNIDADES	1

Código J02 Diagnóstico FARINGITIS AGUDA

Al presionar icono de impresora.

Imprimir: Ctrl+P

Código J02 Diagnóstico FARINGITIS AGUDA



Permite enviar por mail

Ingresar

ceta: 19287

Fecha: 30/08/2024 Fecha Vencimiento: 29/0

Cobertura: (1) DOS - COLMED - Nro. Afil.:

Diagnóstico: Q PRIVACION DE AGUA

Especialidad: CLINICA MEDICA

Observaciones:

Monodroga

ZOL COMPRIMIDOS/PA

Preview

RECETA ORIGINAL
Nro.: 19287

Rp/

Nombre: GARCIA CARLOS
Sexo: Masculino
Documento:
OOS/Plan Medico:
Nro. Afiliado:
Fecha Nac:
OMEPRAZOL 10 MG 28 UNIDADES COMPR (1 = Un Envase)
Fecha: 30/08/2024
Diagnóstico: PRIVACION DE AGUA
FIRMA DEL MÉDICO
CLINICA EL CASTAÑO
CLINICA MEDICA
M.N. 111

Enviar por Mail: @axonico.net

Diagnóstico

002 FARINGITIS AGUDA

Cantidad
Envase/Caja/Frasco

1

Activar Windows

Ingresar

Nro Receta: 19287

Fecha: 30/08/2024 Fecha Vencimiento: 29/0

Cobertura: (1) DOS - COLMED - Nro. Afil.:

Diagnóstico: Q PRIVACION DE AGUA

Especialidad: CLINICA MEDICA

Observaciones:

Monodroga

OMEPRAZOL COMPRIMIDOS/PA

Preview

RECETA ORIGINAL
Nro.: 19287

Rp/

Nombre: GARCIA CARLOS
Sexo: Masculino
Documento:
OOS/Plan Medico:
Nro. Afiliado:
Fecha Nac:
OMEPRAZOL 10 MG 28 UNIDADES COMPR (1 = Un Envase)
Fecha: 30/08/2024
Diagnóstico: PRIVACION DE AGUA
FIRMA DEL MÉDICO
CLINICA EL CASTAÑO
CLINICA MEDICA
M.N. 111

Enviar por Mail: @axonico.net

Diagnóstico

002 FARINGITIS AGUDA

Cantidad
Envase/Caja/Frasco

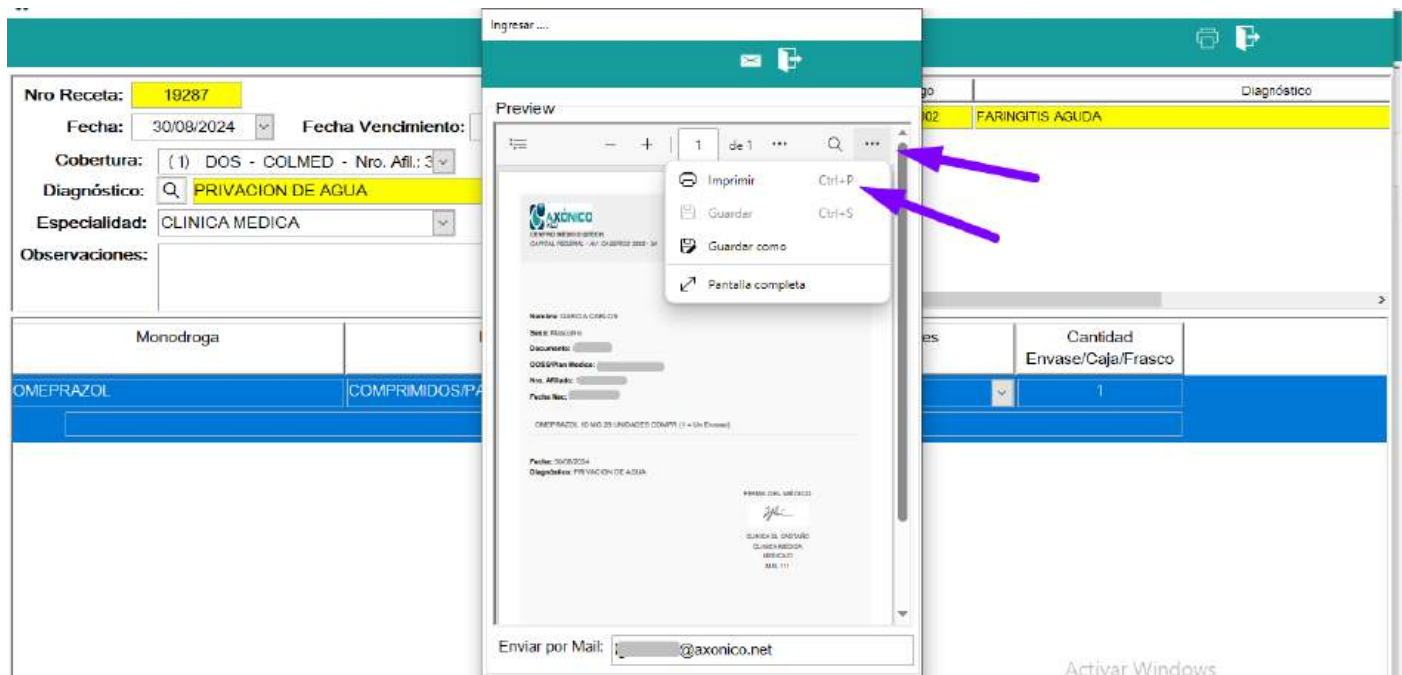
1

Activar Windows

¡ ATENCION

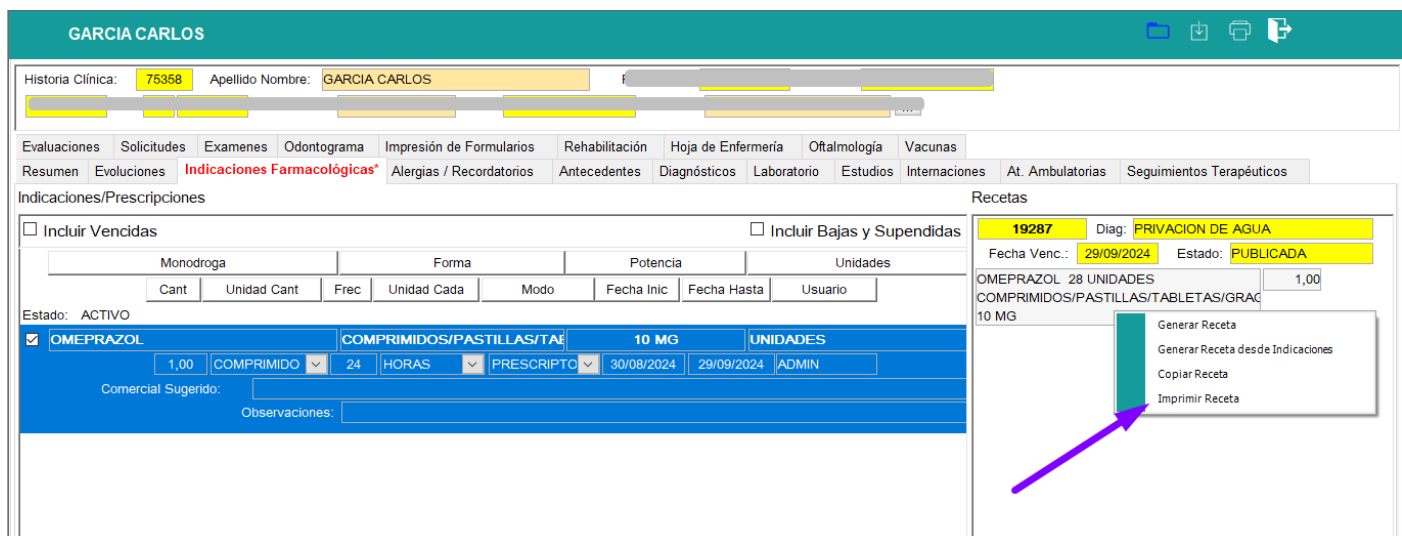
Se envió el mail a la siguiente dirección:
@axonico.net

Y también imprimir desde aquí



The screenshot shows a prescription form on the left and a preview window in the center. The preview window displays a sample prescription for OMEPRAZOL. A context menu is open over the preview, showing options: Imprimir (Ctrl+P), Guardar (Ctrl+S), Guardar como, and Pantalla completa. Two purple arrows point to the 'Imprimir' and 'Guardar' options.

Para imprimir nuevamente se hace desde la siguiente pantalla.



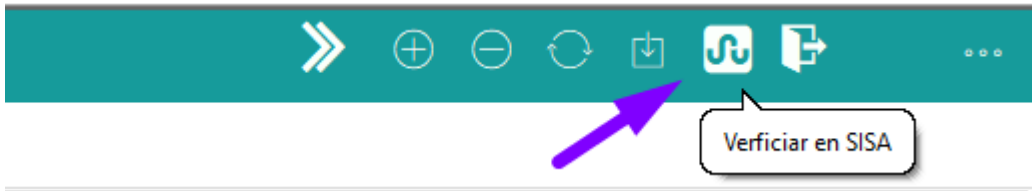
The screenshot shows the 'Indicaciones Farmacológicas' screen. It displays a table of prescriptions for OMEPRAZOL. A context menu is open over the table, showing options: Generar Receta, Generar Receta desde Indicaciones, Copiar Receta, and Imprimir Receta. A purple arrow points to the 'Imprimir Receta' option.

Luego aparecen las opciones de enviar por mail o bien imprimir.

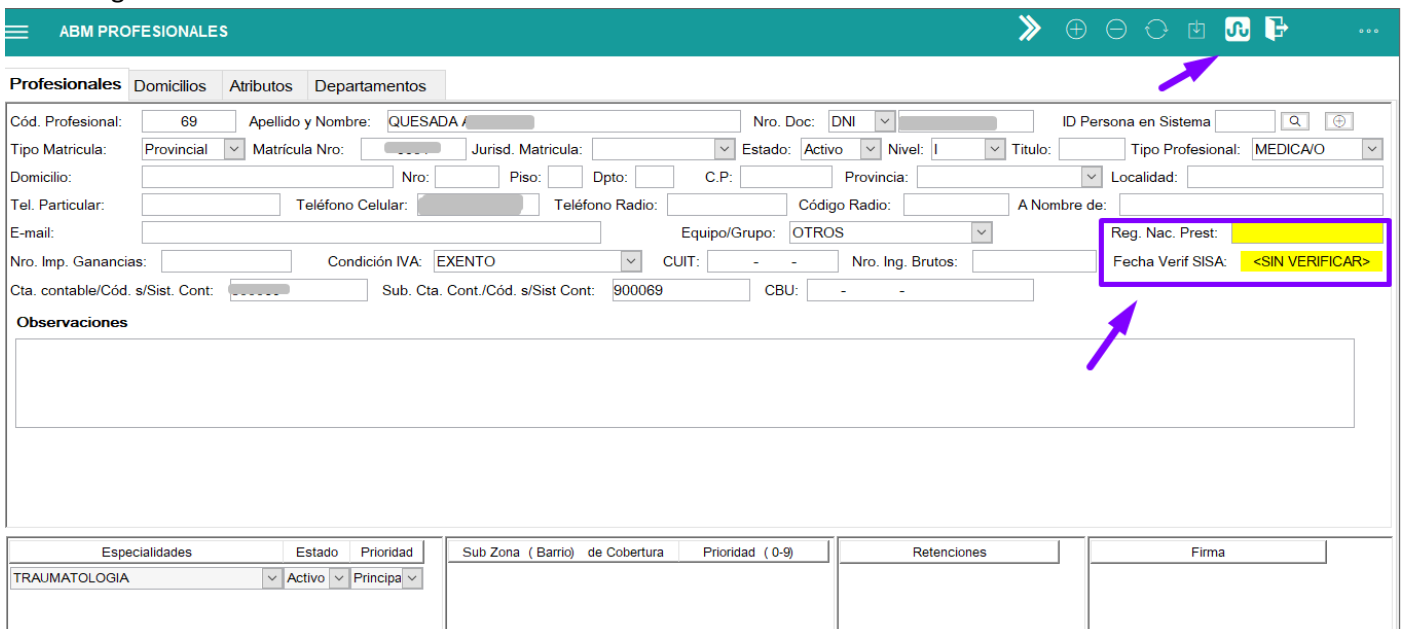
[Regresar al índice.](#)

ABM PROFESIONALES CONSULTA SISA

ABM PROFESIONALES, presente un icono de consulta hacia SISA.
 SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION SANITARIA.
 Permite verificar si el profesional esta habilitado o no.



Directamente, desde ABM PROFESIONAL, PRESIONAR, ICONO “VERIFICAR SISA”.
 El caso siguiente nunca se consultó.



ABM PROFESIONALES

Profesionales | Domicilios | Atributos | Departamentos

Cód. Profesional: 69 | Apellido y Nombre: QUESADA | Nro. Doc: DNI | ID Persona en Sistema | Q |

Tipo Matricula: Provincial | Matricula Nro: | Jurisd. Matricula: | Estado: Activo | Nivel: I | Titulo: | Tipo Profesional: MEDICAO

Domicilio: | Nro: | Piso: | Dpto: | C.P: | Provincia: | Localidad: |

Tel. Particular: | Teléfono Celular: | Teléfono Radio: | Código Radio: | A Nombre de: |

E-mail: | Equipo/Grupo: OTROS |

Nro. Imp. Ganancias: | Condición IVA: EXENTO | CUIT: - - | Nro. Ing. Brutos: |

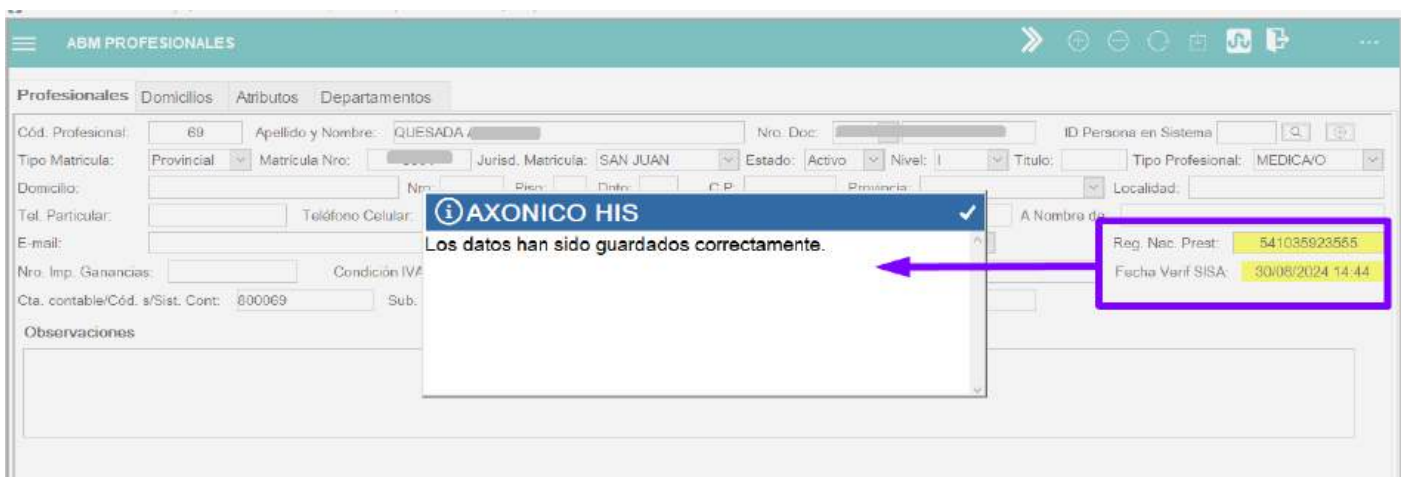
Cta. contable/Cód. s/Sist. Cont: | Sub. Cta. Cont./Cód. s/Sist Cont: 900069 | CBU: - -

Observaciones

Reg. Nac. Prest: <SIN VERIFICAR>
 Fecha Verif SISA: <SIN VERIFICAR>

Especialidades	Estado	Prioridad	Sub Zona (Barrio)	de Cobertura	Prioridad (0-9)	Retenciones	Firma
TRAUMATOLOGIA	Activo	Principa					

Respuesta, medico con DNI CORRECTO y DNI CORRECTO.
 Sistema actualiza los campos: Reg. Nac. Prest y Fecha Verif SISA.



ABM PROFESIONALES

Profesionales | Domicilios | Atributos | Departamentos

Cód. Profesional: 69 | Apellido y Nombre: QUESADA | Nro. Doc: | ID Persona en Sistema | Q |

Tipo Matricula: Provincial | Matricula Nro: | Jurisd. Matricula: SAN JUAN | Estado: Activo | Nivel: I | Titulo: | Tipo Profesional: MEDICAO

Domicilio: | Nro: | Piso: | Dpto: | C.P: | Provincia: | Localidad: |

Tel. Particular: | Teléfono Celular: | Teléfono Radio: | Código Radio: | A Nombre de: |

E-mail: |

Nro. Imp. Ganancias: | Condición IVA: | CUIT: - - | Nro. Ing. Brutos: |

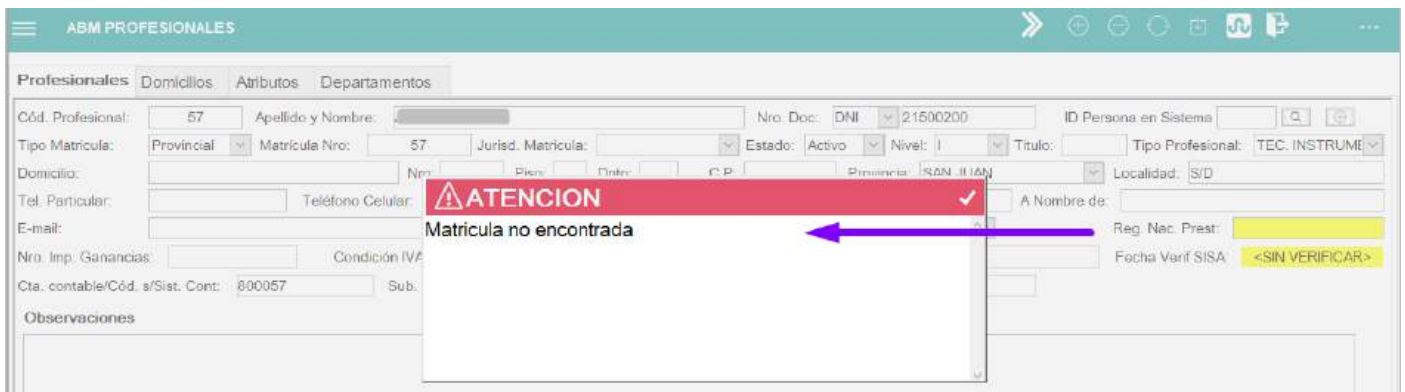
Cta. contable/Cód. s/Sist. Cont: 800069 | Sub. Cta. Cont./Cód. s/Sist Cont: | CBU: - -

Observaciones

Reg. Nac. Prest: 541035923585
 Fecha Verif SISA: 30/08/2024 14:44

AXONICO HIS
 Los datos han sido guardados correctamente.

Respuesta con DNI DE FANTASIA.



ABM PROFESIONALES

Profesionales | Domicilios | Atributos | Departamentos

Cód. Profesional: 57 | Apellido y Nombre: [REDACTED] | Nro. Doc: DNI 21500200 | ID Persona en Sistema: [REDACTED]

Tipo Matricula: Provincial | Matricula Nro: 57 | Jurisd. Matricula: [REDACTED] | Estado: Activo | Nivel: I | Título: [REDACTED] | Tipo Profesional: TEC. INSTRUMENTISTA

Domicilio: [REDACTED] | Nro.: [REDACTED] | Piso: [REDACTED] | Dpto.: [REDACTED] | C.P.: [REDACTED] | Provincia: SAN JUAN | Localidad: S/D

Tel. Particular: [REDACTED] | Teléfono Celular: [REDACTED] | A Nombre de: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED] | Reg. Nac. Prest: [REDACTED] | Fecha Verif SISA: <SIN VERIFICAR>

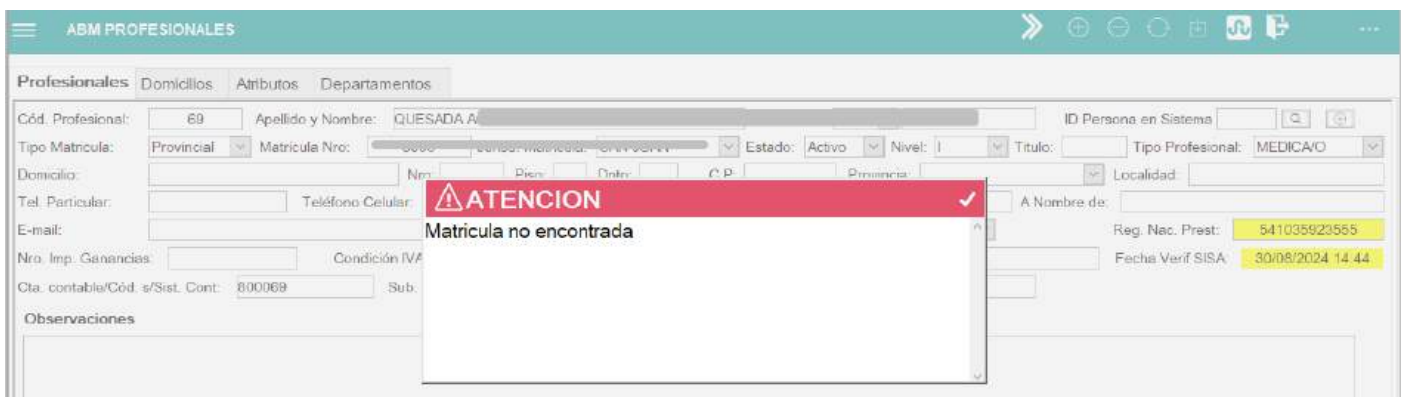
Nro. Imp. Ganancias: [REDACTED] | Condición IVA: [REDACTED]

Cta. contable/Cód. s/Sist. Cont: 800057 | Sub. Cta. Cont./Cód. s/Sist. Cont: [REDACTED]

Observaciones: [REDACTED]

ATENCION
Matricula no encontrada

Respuesta con DNI CORRECTO y MATRICULA INCORRECTA



ABM PROFESIONALES

Profesionales | Domicilios | Atributos | Departamentos

Cód. Profesional: 69 | Apellido y Nombre: QUESADA AL | Nro. Doc: DNI [REDACTED] | ID Persona en Sistema: [REDACTED]

Tipo Matricula: Provincial | Matricula Nro: [REDACTED] | Jurisd. Matricula: [REDACTED] | Estado: Activo | Nivel: I | Título: [REDACTED] | Tipo Profesional: MEDICO/O

Domicilio: [REDACTED] | Nro.: [REDACTED] | Piso: [REDACTED] | Dpto.: [REDACTED] | C.P.: [REDACTED] | Provincia: [REDACTED] | Localidad: [REDACTED]

Tel. Particular: [REDACTED] | Teléfono Celular: [REDACTED] | A Nombre de: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED] | Reg. Nac. Prest: 541035923555 | Fecha Verif SISA: 30/08/2024 14:44

Nro. Imp. Ganancias: [REDACTED] | Condición IVA: [REDACTED]

Cta. contable/Cód. s/Sist. Cont: 800069 | Sub. Cta. Cont./Cód. s/Sist. Cont: [REDACTED]

Observaciones: [REDACTED]

ATENCION
Matricula no encontrada

NOTA ADICIONAL

Unas semanas después de publicar este documento se agregan unas funcionalidades adicionales a la validación SISA

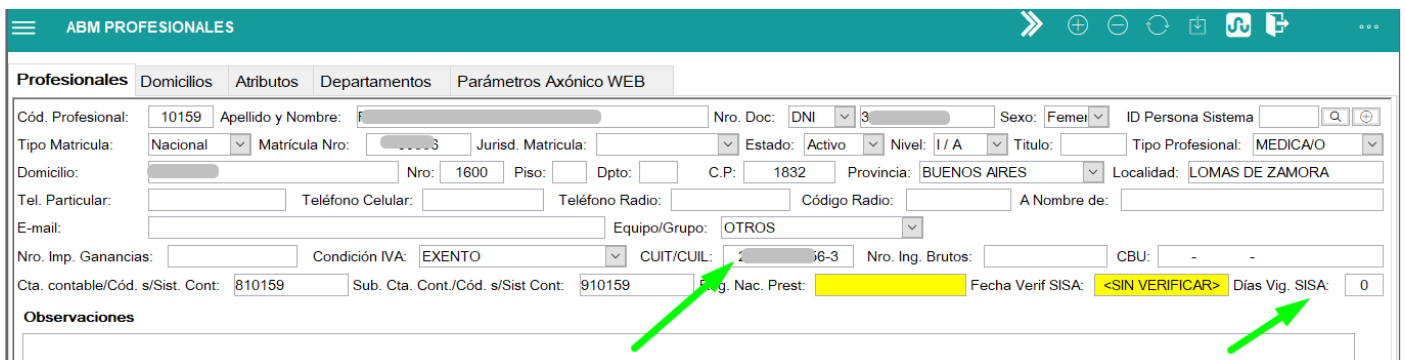
Además de nombre apellido, Nro DNI; Nro matricula, requiere además NRO CUIT

También se puede determinar cada cuanto tiempo se tiene que verificar la validación. DIAS VIG SISA

0 = NO SE VALIDARÁ MÁS

30=SE HARA CADA 30 DIAS.

Se sugiere colocar un valor entre 45 – 90 días.



ABM PROFESIONALES

Profesionales | Domicilios | Atributos | Departamentos | Parámetros Axónico WEB

Cód. Profesional: 10159 | Apellido y Nombre: [REDACTED] | Nro. Doc: DNI 3 [REDACTED] | Sexo: Femenino | ID Persona Sistema: [REDACTED]

Tipo Matricula: Nacional | Matricula Nro: [REDACTED] | Jurisd. Matricula: [REDACTED] | Estado: Activo | Nivel: I / A | Título: [REDACTED] | Tipo Profesional: MEDICO/O

Domicilio: [REDACTED] | Nro.: 1600 | Piso: [REDACTED] | Dpto.: [REDACTED] | C.P.: 1832 | Provincia: BUENOS AIRES | Localidad: LOMAS DE ZAMORA

Tel. Particular: [REDACTED] | Teléfono Celular: [REDACTED] | Teléfono Radio: [REDACTED] | Código Radio: [REDACTED] | A Nombre de: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED] | Equipo/Grupo: OTROS

Nro. Imp. Ganancias: [REDACTED] | Condición IVA: EXENTO | CUIT/UIL: [REDACTED] | Nro. Ing. Brutos: [REDACTED] | CBU: [REDACTED]

Cta. contable/Cód. s/Sist. Cont: 810159 | Sub. Cta. Cont./Cód. s/Sist. Cont: 910159 | Reg. Nac. Prest: [REDACTED] | Fecha Verif SISA: <SIN VERIFICAR> | Dias Vig. SISA: 0

Observaciones: [REDACTED]

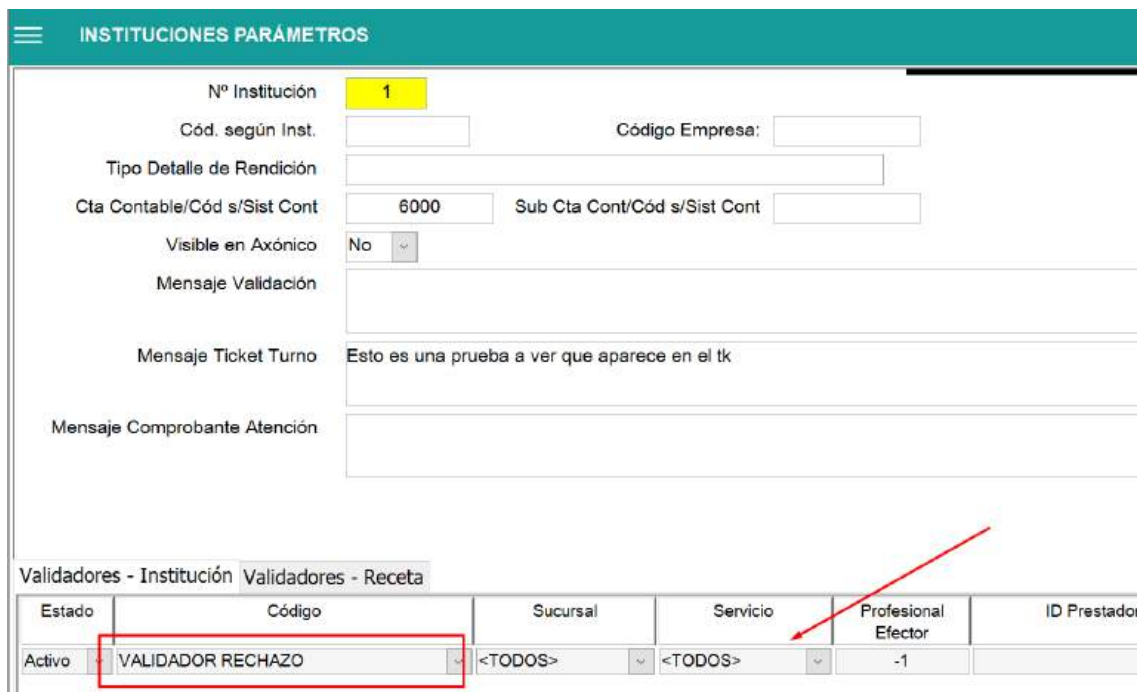
[Regresar al índice.](#)

BLOQUEO DE ATENCION DE UNA INSTITUCION

Sistema permite BLOQUEAR la atención de una determinada Institución/Obra Social/Prepaga. Sin necesidad de:
Dar de baja dicha institución
Vencer los contratos de facturación.

Pantalla INSTITUCIONES PARAMETROS, parte inferior izquierda, existe nuevo objeto de validación, que actuará como rechazo.

Ese objeto se denomina VALIDADOR RECHAZO, en la siguiente imagen se rechazan todos los servicios.



INSTITUCIONES PARAMETROS

Nº Institución: 1

Cód. según Inst.: Código Empresa:

Tipo Detalle de Rendición:

Cta Contable/Cód s/Sist Cont: 6000 Sub Cta Cont/Cód s/Sist Cont:

Visible en Axónico: No ☐

Mensaje Validación:

Mensaje Ticket Turno: Esto es una prueba a ver que aparece en el tk

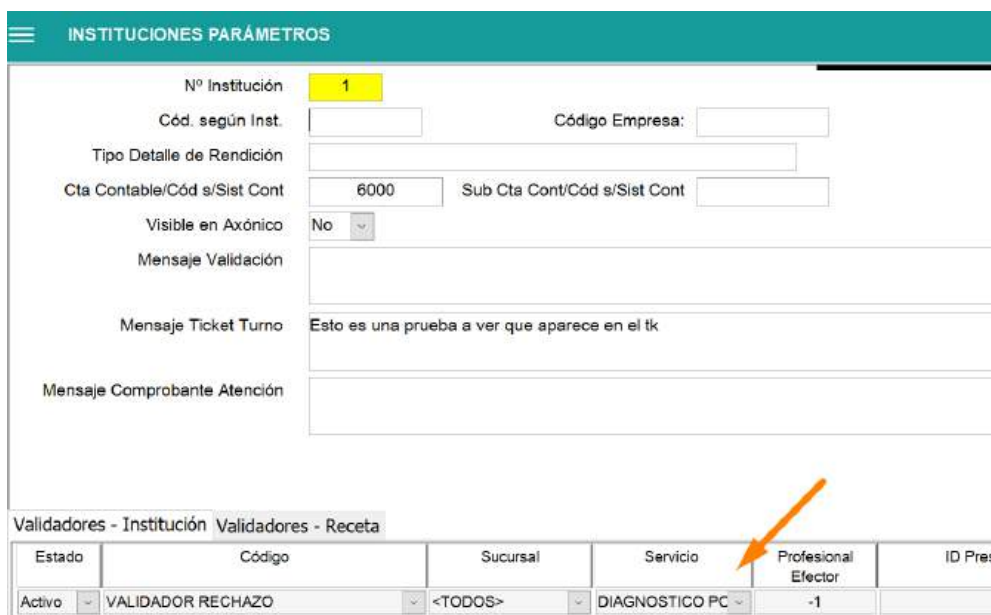
Mensaje Comprobante Atención:

Validadores - Institución Validadores - Receta

Estado	Código	Sucursal	Servicio	Profesional Efecto	ID Prestador
Activo	VALIDADOR RECHAZO	< TODOS >	< TODOS >	-1	

La configuración permite especificar la sucursal y el servicio.

Ejemplo si Ud. quiere bloquear solamente el servicio de DIAGNOSTICO POR IMÁGENES. Ver siguiente imagen.



INSTITUCIONES PARAMETROS

Nº Institución: 1

Cód. según Inst.: Código Empresa:

Tipo Detalle de Rendición:

Cta Contable/Cód s/Sist Cont: 6000 Sub Cta Cont/Cód s/Sist Cont:

Visible en Axónico: No ☐

Mensaje Validación:

Mensaje Ticket Turno: Esto es una prueba a ver que aparece en el tk

Mensaje Comprobante Atención:

Validadores - Institución Validadores - Receta

Estado	Código	Sucursal	Servicio	Profesional Efecto	ID Pres
Activo	VALIDADOR RECHAZO	< TODOS >	DIAGNOSTICO PC	-1	

PARÁMETROS ADICIONALES DE CONFIGURACIÓN

De forma particular se puede bloquear:

TURNOS.

ALTA DE COMPROBANTE.

INGRESO DE PACIENTES.

INSTITUCIONES PARÁMETROS

Nº Institución: 1

Cód. según Inst.: Código Empresa:

Tipo Detalle de Rendición:

Cta Contable/Cód s/Sist Cont: 6000 Sub Cta Cont/Cód s/Sist Cont:

Visible en Axónico: No ☐

Mensaje Validación:

Mensaje Ticket Turno: Esto es una prueba a ver que aparece en el tk

Mensaje Comprobante Atención:

Validadores - Institución Validadores - Receta

Param 4	Param 5	Param 6	Param 7	Param 8	Param 9	Param 10	Param 11	Solicitar Token	Realiza Preelegibilidad	Valida Ing. Paciente	Valida Turno	Valida Comprobante	Debug	Valida Batch
								☐	☐	☒	☒	☒	No ☐	No ☐

Con la configuración mencionada.

Al intentar dar un turno el mensaje del sistema es el siguiente.

Origen del turno: ☒ Personal ☐ Telefónico

Especialidades: CLINICA MEDICA

Criterio:

Horario: ☒ Todos ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Pre

Agenda correspondiente al día 10/09/2024

Hora	Cita	Paciente
08:00		1
08:20		2
		3
		4
		5
		6
		7
		8

¡ATENCIÓN!
La transacción no ha sido autorizada debido al siguiente motivo:
"INSTITUCIÓN NO HABILITADA PARA ATENCIÓN EN EL SERVICIO INDICADO"

[Haga CLICK aquí](#)

Paciente: Otros datos: Prestaciones:

En recepción ambulatoria emite este mensaje

ALTA DE COMPROBANTES DE ATENCIÓN

IC: 30388 Ape. y Nombre: BENÍTEZ,

Institución:

Alcance:

Servicio Origen: 1070 GUARDIA (1070) Número Comprobante: Rendición:

Fecha: 30/08/2024 15:51 Origen: AMBULATORIO

Profesional Solicitante: 1 AVILA GUSTAVO

Diagnóstico: 99 <OTROS NO LISTADOS>

¡ATENCIÓN!
La transacción no ha sido autorizada debido al siguiente motivo:
"INSTITUCIÓN NO HABILITADA PARA ATENCIÓN EN EL SERVICIO INDICADO"

Prestaciones / Prácticas Insumos Farmacia Documentación

Código	Subc.	Descripción	Zona Cuerpo	Tipo Prof.	Cant.	Profesional Efecto	Ord.	Aut.	Carg.

Internación ingreso egreso

INGRESO / EGRESO / CONSULTA

Nro. Inter.: (36383) BABIER
Ingr.: Egre.: Prof.: Matricula:

Datos Paciente Coberturas Datos Adicionales Documentación Profesionales Consumos Internaciones Impresión de Formularios Pagos/Liquidación Turnos

Ingreso: 03/09/2024 12:44 Cond. Ingreso: AMBULATORIA COND. Internación: 0
Sucursal: CLINICA EL CAST Prof. Cabecera: **ATENCION**
Prof. Derivante: 7 Matricula: 7 ONTIVERO M. La transacción no ha sido autorizada debido al siguiente motivo:
Tel. Particular: Tel. Celular: 264576285 "INSTITUCIÓN NO HABILITADA PARA ATENCIÓN EN EL SERVICIO INDICADO"
Observaciones:

Egreso: **INTERNADO** Cond. Egreso: F. Estimada Egreso: 00/00/0000 00:00
Obs. Egreso:

Infecciones Paciente

Código	Descripción
☐ A	GMR - A
☐ B	MBL
☐ G	GMR
☐ K	KPC
☐ M	MRSA
☐ N	No
☐ O	SOSP. TBC
☐ P	GMR - P
☐ S	SI
☐ T	NEUTROPENICO

Habitación	Cama	Situac. Paciente	Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Diagnóstico	Tipo	Ppal.	Observaciones	Operador
24	A	Internado	03/09/24 12:44		X54 PRIVACION DE AGUA	PRESUNTIVO			

Cuando desee anular este BLOQUEO simplemente ponga el estado de este validador en estado BAJA.

Validadores - Institución		Validadores - Receta				
Estado	Código	Sucursal	Servicio	Profesional Efecto	ID Prest	
Baja	VALIDADOR RECHAZO	<TODOS>	<TODOS>	-1		

[Regresar al índice.](#)