

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA**  
**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD EL NIÑO SAN BORJA**



**I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA**

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| MIEMBROS DEL COMITÉ                 |  |
| NUMERO DE AUDITORÍA                 |  |
| FECHA DE AUDITORÍA                  |  |
| SERVICIO AUDITADO                   |  |
| ASUNTO                              |  |
| FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA       |  |
| CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA |  |
| CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE  |  |
| DIAGNÓSTICO DEL ALTA                |  |
| CIE 10                              |  |

**II) OBSERVACIONES**

| <b>FILIACIÓN</b>   | <b>COMPLETO</b> | <b>INCOMPLETO</b> | <b>EN EXCESO</b>                 | <b>NO EXISTE</b> | <b>NO APLICA</b> |
|--|-----------------|-------------------|----------------------------------|------------------|------------------|
| Número de historia clínica   | 0.25            |                   |                                  | 0                |                  |
| Nombres y apellidos del paciente   | 0.25            |                   |                                  | 0                |                  |
| Tipo y número de Seguro  | 0.25            |                   |                                  | 0                | NA               |
| Lugar y fecha de nacimiento  | 0.25            |                   |                                  | 0                |                  |
| Edad   | 0.25            |                   |                                  | 0                |                  |
| Sexo   | 0.25            |                   |                                  | 0                |                  |
| Domicilio actual   | 0.25            |                   |                                  | 0                |                  |
| Lugar de Procedencia   | 0.25            |                   |                                  | 0                |                  |
| Documento de identificación  | 0.25            |                   |                                  | 0                |                  |
| Estado Civil   | 0.25            |                   |                                  | 0                | NA               |
| Grado de instrucción   | 0.25            |                   |                                  | 0                | NA               |
| Ocupación  | 0.25            |                   |                                  | 0                | NA               |
| Religión   | 0.25            |                   |                                  | 0                |                  |
| Teléfono   | 0.25            |                   |                                  | 0                | NA               |
| Acompañante  | 0.25            |                   |                                  | 0                |                  |
| Domicilio y/o teléfono de la persona responsable   | 0.25            |                   |                                  | 0                |                  |
| <b>SUBTOTAL</b>  | <b>4</b>        |                   |                                  |                  |                  |
| <b>ANAMNESIS</b>   | <b>COMPLETO</b> | <b>INCOMPLETO</b> | <b>EN EXCESO</b>                 | <b>NO EXISTE</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Fecha y hora de atención   | 1               | 0.5               |                                  | 0                |                  |
| Motivo de la consulta  | 1               |                   |                                  | 0                |                  |
| Tiempo de enfermedad   | 1               |                   |                                  | 0                |                  |
| Relato cronológico   | 3               | 1.5               |                                  | 0                |                  |
| Funciones Biológicas   | 1               | 0.5               |                                  | 0                |                  |
| Antecedentes   | 2               | 1                 |                                  | 0                |                  |
| <b>SUBTOTAL</b>  | <b>9</b>        |                   |                                  |                  |                  |
| <b>EXAMEN CLÍNICO</b>  | <b>COMPLETO</b> | <b>INCOMPLETO</b> | <b>EN EXCESO</b>                 | <b>NO EXISTE</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Examen Clínico General   |                 |                   |                                  |                  |                  |
| Funciones vitales T°, FR, FC, PA.  | 2               | 0.5               |                                  | 0                |                  |
| Peso, Talia  | 1               | 0.5               |                                  | 0                |                  |
| Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos. | 2               | 1                 |                                  | 0                |                  |
| Examen Clínico Regional  | 4               | 2                 |                                  | 0                |                  |
| <b>SUBTOTAL</b>  | <b>9</b>        |                   |                                  |                  |                  |
| <b>DIAGNÓSTICOS</b>  | <b>COMPLETO</b> | <b>INCOMPLETO</b> | <b>EN EXCESO/ NO CONCORDANTE</b> | <b>NO EXISTE</b> | <b>NO APLICA</b> |
| a) Presuntivo coherente  | 8               | 4                 | 2                                | 0                | NA               |
| b) Definitivo coherente  | 8               | 4                 | 2                                | 0                | NA               |
| c) Uso del CIE 10  | 4               |                   |                                  | 0                |                  |
| <b>SUBTOTAL</b>  | <b>20</b>       |                   |                                  |                  |                  |
| <b>PLAN DE TRABAJO</b>   | <b>COMPLETO</b> | <b>INCOMPLETO</b> | <b>EN EXCESO</b>                 | <b>NO EXISTE</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Exámenes de Patología Clínica pertinentes  | 5               | 1                 | 2                                | 0                | NA               |
| Exámenes de Diagnóstico por Imágenes pertinentes   | 5               | 1                 | 2                                | 0                | NA               |
| Interconsultas (a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes)               | 4               | 1                 | 2                                | 0                | NA               |

|  |                   |                   |                                  |                  |                  |  |  |  |  |  |
|--|-------------------|-------------------|----------------------------------|------------------|------------------|--|--|--|--|--|
| Referencias a otros establecimientos de salud.   | 4                 |                   |                                  |                  | NA               |  |  |  |  |  |
| Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes.                                  | 4                 | 1                 | 2                                | 0                | NA               |  |  |  |  |  |
| Fecha de próxima cita.   | 2                 |                   |                                  | 0                | NA               |  |  |  |  |  |
| SUBTOTAL   | 24                |                   |                                  |                  |                  |  |  |  |  |  |
| <b>TRATAMIENTO</b>   | <b>COMPLETO</b>   | <b>INCOMPLETO</b> | <b>EN EXCESO/ NO CONCORDANTE</b> | <b>NO EXISTE</b> | <b>NO APLICA</b> |  |  |  |  |  |
| Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.                 | 4                 | 2                 |                                  | 0                | NA               |  |  |  |  |  |
| Nombre de medicamentos coherentes y concordante con Denominación Común Internacional (DCI) | 4                 | 2                 | 1                                | 0                | NA               |  |  |  |  |  |
| Consigna presentación/concentrac.  | 2                 |                   |                                  | 0                | NA               |  |  |  |  |  |
| Dosis del medicamento  | 2                 |                   |                                  | 0                | NA               |  |  |  |  |  |
| Vía de administración  | 2                 |                   |                                  | 0                | NA               |  |  |  |  |  |
| Frecuencia del medicamento   | 2                 |                   |                                  | 0                | NA               |  |  |  |  |  |
| Duración del tratamiento   | 1                 | 0.5               |                                  | 0                | NA               |  |  |  |  |  |
| SUBTOTAL   | 17                |                   |                                  |                  |                  |  |  |  |  |  |
| <b>ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>  | <b>COMPLETO</b>   | <b>INCOMPLETO</b> | <b>EN EXCESO</b>                 | <b>NO EXISTE</b> | <b>NO APLICA</b> |  |  |  |  |  |
| Se cuenta con Formatos de Atención Integral por etapas de vida ( Primer Nivel de Atención) | 2                 | 1                 |                                  | 0                | NA               |  |  |  |  |  |
| Pulcritud  | 1                 |                   |                                  | 0                |                  |  |  |  |  |  |
| Letra legible  | 1                 |                   |                                  | 0                |                  |  |  |  |  |  |
| No uso de abreviaturas   | 1                 |                   |                                  | 0                |                  |  |  |  |  |  |
| Sello y firma del médico tratante  | 2                 | 1                 |                                  | 0                |                  |  |  |  |  |  |
| SUBTOTAL   | 7                 |                   |                                  |                  |                  |  |  |  |  |  |
| SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN  | 10                | 5                 |                                  | 0                | NA               |  |  |  |  |  |
| TOTAL  | 100               |                   |                                  |                  |                  |  |  |  |  |  |
| <b>CALIFICACIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN</b>   |                   |                   |                                  |                  |                  |  |  |  |  |  |
| SATISFACTORIO  | IGUAL O MAYOR 90% |                   |                                  |                  |                  |  |  |  |  |  |
| POR MEJORAR  | ENTRE 75 A 89 %   |                   |                                  |                  |                  |  |  |  |  |  |
| DEFICIENTE   | MENOS 75%         |                   |                                  |                  |                  |  |  |  |  |  |
| <b>III.- NO CONFORMIDADES</b>  |                   |                   |                                  |                  |                  |  |  |  |  |  |
|  |                   |                   |                                  |                  |                  |  |  |  |  |  |
| <b>IV.- CONCLUSIONES</b>   |                   |                   |                                  |                  |                  |  |  |  |  |  |
|  |                   |                   |                                  |                  |                  |  |  |  |  |  |
| <b>V.- RECOMENDACIONES</b>   |                   |                   |                                  |                  |                  |  |  |  |  |  |
|  |                   |                   |                                  |                  |                  |  |  |  |  |  |

| INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA |  |
|---|--|
|   |  |
| <b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>   |  |
| MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA  | Nombres completos de los auditores   |
| NÚMERO DE AUDITORÍA   | Número de auditoría realizada  |
| FECHA DE AUDITORÍA  | Fecha en que se realiza la auditoria   |
| SERVICIO AUDITADO   | Servicio seleccionado para realizar la auditoria   |
| ASUNTO  | Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.) |
| FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA   | Fecha de la atención.  |
| CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA   | Colocar el número de la historia clínica.  |
| CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE  | Registro de matrícula del Colegio profesional.   |
| DIAGNÓSTICO DEL ALTA  | Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica  |
| CIE 10  |  |

|   |     |   |
|---|-----|---|
| AUDITORÍA DIAGNÓSTICO   | POR | Se selecciona la última consulta correspondiente al diagnóstico definitivo a auditar, si esta es una consulta de seguimiento para estudio diagnóstico o control se evaluará la información de la primera consulta correspondiente al episodio actual de dicho diagnóstico, a la cual se aplicará la ficha de consulta externa.  |
|   |     | Para la evaluación del ítem seguimiento y control de la evolución este se aplicará a las consultas posteriores a la primera consulta del episodio actual (en caso de ser un paciente crónico en el cual la primera consulta es de un periodo largo se aplicará el seguimiento a las 10 últimas consultas)   |
| AUDITORÍA DE UNA CONSULTA   |     | Se selecciona una consulta de las historias clínicas que correspondan a la primera consulta o reevaluación completa de un determinado diagnóstico (independientemente del diagnóstico). Se Aplica la Ficha Completa excepto el ítem referente a seguimiento y control de la evolución.  |
| II) OBSERVACIONES   |     |   |
| FILIACIÓN   |     | Completo: Registro en la primera consulta de los datos correspondientes a la filiación, los cuales son en número de 16 en la ficha de Consulta externa.   |
|   |     | No existe: No se registran los datos.   |
| ANAMNESIS   |     |   |
| FECHA Y HORA DE ATENCIÓN  |     | Completo: Se registra fecha y hora de la atención, Incompleta Se consigna solamente fecha u hora de atención, No existe: no se registran los datos.   |
| MOTIVO CONSULTA   | DE  | Completo: Signos y síntomas principales y/o otros motivos de la consulta, como consulta de control o evaluación de exámenes de apoyo al diagnóstico, etc. No existe: no se registra el/los datos o no es concordante con el relato cronológico.   |
| TIEMPO ENFERMEDAD   | DE  | Completo: Se consigna el tiempo que refiere el paciente como inicio de la presentación de los signos y síntomas motivos de consulta. No existe: No se registra el dato.   |
| RELATO CRONOLÓGICO  |     | Completo: Claro, coherente, en orden cronológico, consigna características de los signos y síntomas, motivos de consulta referentes a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y síntomas asociados que contribuyan al diagnóstico, etc. Incompleto: no se consigna en orden cronológico adecuado, no se indaga por características de los signos y síntomas ni por factores u otros signos y/o síntomas asociados que puedan contribuir al diagnóstico. No existe: no se registra el dato. |
| FUNCIONES BIOLÓGICAS  |     | Completo: Se registran los datos referentes a variaciones o no en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, que contribuyan al diagnóstico del caso Incompleto: Se registran solo algunas variables. No existe: No se Registra ningún dato.  |
| ANTECEDENTES  |     |   |
| FISIOLÓGICOS, PATOLÓGICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y OCUPACIONALES                      |     | Completo: Se registran todos los antecedentes pertinentes según la anamnesis que contribuyan a la orientación diagnóstica Incompleto: Se registran los antecedentes según la anamnesis de manera parcial, No existe: no se registran los datos correspondientes.  |
| EXAMEN CLÍNICO  |     |   |
| FUNCIONES VITALES   |     | Completo: Se registran los datos completos referentes a Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA) (la P.A. en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite), Incompleto: No se registran los datos completos. No existe : no se registra ningún dato   |
| PESO , TALLA  |     | Completo: Se registran los datos de las variables. Incompleto: Se registran de manera parcial No existe: No se registran los datos  |
| ESTADO DE HIDRATACIÓN, ESTADO DE NUTRICIÓN, NIVEL DE CONCIENCIA , PIEL Y ANEXOS |     | Completo: Se registran estos datos como parte del examen físico general, los cuales contribuyan al diagnóstico. Incompleto: No se registran los datos que contribuyan al diagnóstico, No existe: No se registra ningún dato sobre el particular.  |
| EXAMEN FÍSICO REGIONAL DIRIGIDO   |     | Completo: Se registran las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis Incompleto: Se registra de manera incompleta las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis. No existe: No se registran los datos sobre el examen clínico regional.   |
| DIAGNOSTICO   |     |   |
| DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO  |     | Completo Se registran todos los diagnósticos presuntivos concordantes con la anamnesis y el examen clínico, Incompleto: No se registran todos los diagnósticos presuntivos de acuerdo a la anamnesis y al examen clínico. No existe: No se registran / No concordante con la anamnesis y el examen clínico  |

|   |  |
|---|--|
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO  | Completo Se registran todos los diagnósticos definitivos concordantes con la anamnesis, el examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. Incompleto: No se registran todos los diagnósticos definitivos de acuerdo a la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. En exceso-No concordante: se registran además de los diagnósticos concordantes otros no concordantes con la anamnesis y examen físico descritos. No existe: No se registra ninguno de los diagnósticos registrados o estos no es coherente con la anamnesis y examen clínico.   |
| CIE 10  | Completo: Se registra de manera correcta el Código internacional de enfermedades (CIE 10) en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos Incompleto: No se registra el CIE 10 en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos consignados. No existe: No se registran CIE 10.   |
| PLAN DE TRABAJO   |  |
| EXAMENES DE PATOLOGÍA CLÍNICA (LABORATORIO)   | Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleta: No se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios para confirmación diagnóstica como para control. En exceso: Se solicitan además de los necesarios, exámenes de patología clínica no concordantes con las presunciones diagnósticas y/o las necesidades de exámenes de control. No existe: no se solicitan exámenes de patología clínica de corresponder y/o no son concordantes con los diagnósticos presuntivos y/o las necesidades de exámenes de control.                       |
| EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES  | Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleta: No se solicitan todos los exámenes de diagnósticos por imágenes necesarios para confirmación diagnóstica como para control. En exceso: se solicitan además de los necesarios exámenes de diagnóstico por imágenes no concordantes con las presunciones diagnósticas y/o las necesidades de exámenes de control, No existe: no se solicitan exámenes de diagnóstico por imágenes, de corresponder y/o no son concordantes con los diagnósticos presuntivos y/o las necesidades de exámenes de control. |
| INTERCONSULTAS  | Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleta: No se solicitan todas las interconsultas necesarias / no se solicitan oportunamente. En exceso: se solicitan además de las necesarias interconsultas que no corresponden, No existe: no se solicitan las interconsultas necesarias y/o no son concordantes con la anamnesis, exámenes clínicos y diagnósticos presuntivos y definitivos.  |
| REFERENCIAS   | Oportunas: Las referencias se realizan en el momento adecuado o conveniente, según las Guías de Práctica Clínica y normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Completas: cuando las referencias cumplen totalmente la normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Incompletas: cuando las referencias cumplen parcialmente la normativa. En exceso: se realizan otras no necesarias. No existen: no se solicitan referencias.   |
| PROCEDIMIENTOS  | Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleta: No se consigna la indicación de todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios / no se indican oportunamente. En exceso: Se indican además de los necesarios procedimientos que no corresponden, No existe: No se indican los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios / no son concordantes con la anamnesis, examen clínico y diagnósticos presuntivos y/o definitivos.   |
| FECHA DE PRÓXIMA CITA   | Completa: Se registra la fecha de próxima cita para control y/o continuación de estudio diagnóstico de corresponder. No existe: No se registra el dato de corresponder.  |
| TERAPEÚTICA   |  |
| TRATAMIENTO   | Completo: Concordante y coherente con el/los diagnósticos establecidos y se registran todos los ítems referentes a tratamiento señalados en el formato de auditoría. Incompleto: no se registran todos los ítems señalados en el formato de Auditoría. En exceso: se indican además de los medicamentos pertinentes, otros no concordantes. No existe: No se registra los ítems señalados o estos no son coherentes con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos.  |
| ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA  |  |
| FORMATOS DE ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPA DE VIDA (APLICABLE AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN) | Completo: la Historia Clínica contiene los Formatos de Atención Integral por Etapa de Vida correspondiente y se encuentran correctamente llenados. Incompleto: La historia clínica contiene los Formatos de Atención integral por etapa de vida pero no se encuentran correctamente llenados. No existe: la Historia Clínica no contiene los formatos de atención integral por etapas de vida.   |
| PULCRITUD   | Completo: La Historia clínica se encuentra limpia, ordenada, sin enmendaduras. No existe: No cumple con el estándar.   |
| LEGIBILIDAD   | Completo: Letra legible y clara en la historia clínica No existe: No se cumple con el estándar.  |
| NO USO DE ABREVIATURAS  | Completo: No uso de abreviaturas en la historia clínica. No existe: no se cumple con el estándar   |
| IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE  | Completo: se consigna la firma y sello del médico que prestó la atención Incompleta: se consigna solamente la firma o el sello del médico que prestó la atención. No existe: no se consignan los datos.  |
| EVOLUCIÓN   |  |

|   |  |
|---|--|
| SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA EVOLUCIÓN (Aplicable en auditoría por diagnóstico en el cual se haya realizado más de una consulta) | Completo: Evolución de signos y síntomas. Toma adecuada de medidas terapéuticas de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. Solicitud de exámenes de apoyo al diagnóstico de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. Referencia y/o interconsulta de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. Incompleta: se toman las medidas terapéuticas, de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia de acuerdo a la evolución del caso o a interurrencias pero de manera parcial /no oportunas. No existe: no se toma ninguna medida terapéutica de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia necesaria de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. |
|---|--|

| CÁLCULO DE PUNTAJE  |
|---|
| EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.  |
| EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE. |
| NO CONFORMIDAD  |
| HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO   |
| CONCLUSIÓN  |
| OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS  |
| RECOMENDACIONES   |
| SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.  |
| DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.   |



**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO  
EN HOSPITALIZACIÓN**



**I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA**

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA |  |
| NÚMERO DE AUDITORÍA              |  |
| FECHA DE AUDITORÍA               |  |
| SERVICIO AUDITADO                |  |
| ASUNTO                           |  |
| FECHA DE HOSPITALIZACIÓN         |  |
| NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA    |  |
| COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE  |  |
| DIAGNÓSTICO DEL ALTA             |  |
| CIE 10                           |  |

**II) OBSERVACIONES**

| ANAMNESIS | COMPLETA | INCOMPLETA | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
|-----------|----------|------------|-----------|-----------|-----------|
|-----------|----------|------------|-----------|-----------|-----------|

**FILIACIÓN**

|  |          |  |  |   |  |
|--|----------|--|--|---|--|
| Número de historia clínica                       | 0.25     |  |  | 0 |  |
| Nombres y apellidos del paciente                 | 0.25     |  |  | 0 |  |
| Tipo y N° Seguro                                 | 0.25     |  |  | 0 |  |
| Lugar y fecha de nacimiento                      | 0.25     |  |  | 0 |  |
| Edad   | 0.25     |  |  | 0 |  |
| Sexo   | 0.25     |  |  | 0 |  |
| Domicilio actual                                 | 0.25     |  |  | 0 |  |
| Lugar de Procedencia                             | 0.25     |  |  | 0 |  |
| Documento de identificación                      | 0.25     |  |  | 0 |  |
| Grado de instrucción                             | 0.25     |  |  | 0 |  |
| Ocupación  | 0.25     |  |  | 0 |  |
| Religión   | 0.25     |  |  | 0 |  |
| Acompañante                                      | 0.25     |  |  | 0 |  |
| Domicilio y/o teléfono de la persona responsable | 0.25     |  |  | 0 |  |
| Fecha de Ingreso                                 | 0.25     |  |  | 0 |  |
| Fecha de elaboración de historia clínica         | 0.25     |  |  | 0 |  |
| <b>SUBTOTAL</b>                                  | <b>4</b> |  |  |   |  |

**ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES**

|                                     | COMPLETA  | INCOMPLETA | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
|-------------------------------------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|
| Signos y Síntomas principales       | 1         |            |           | 0         |           |
| Tiempo de enfermedad                | 1         |            |           | 0         |           |
| Forma de inicio                     | 1         |            |           | 0         |           |
| Curso de la enfermedad              | 1         |            |           | 0         |           |
| Relato Cronológico de la enfermedad | 3         | 1          |           | 0         |           |
| Funciones Biológicas                | 1         | 1          |           | 0         |           |
| Antecedentes                        | 2         | 1          |           | 0         |           |
| <b>SUBTOTAL</b>                     | <b>10</b> |            |           |           |           |

| EXAMEN CLÍNICO | COMPLETO | INCOMPLETO | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
|----------------|----------|------------|-----------|-----------|-----------|
|----------------|----------|------------|-----------|-----------|-----------|

**Examen Clínico General**

|   |          |     |  |   |  |
|---|----------|-----|--|---|--|
| Funciones vitales: Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA). | 1        | 0.5 |  | 0 |  |
| Peso, Talla, IMC  | 1        | 0.5 |  | 0 |  |
| Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.                    | 1        | 0.5 |  | 0 |  |
| Examen Clínico Regional   | 4        | 2   |  | 0 |  |
| <b>SUBTOTAL</b>   | <b>7</b> |     |  |   |  |

| DIAGNÓSTICOS                           | COMPLETO | INCOMPLETO | EN EXCESO/ NO CONCORDANTE | NO EXISTE | NO APLICA |
|--|----------|------------|---------------------------|-----------|-----------|
| a) Presuntivo coherente y concordante. | 8        | 4          | 2                         | 0         | NA        |
| b) Definitivo coherente y concordante. | 8        | 4          | 2                         | 0         | NA        |
| c) Uso del CIE 10                      | 4        | 2          |                           | 0         |           |

|  |                 |                   |                                  |                  |                  |
|--|-----------------|-------------------|----------------------------------|------------------|------------------|
| SUBTOTAL   | 20              |                   |                                  |                  |                  |
| <b>PLAN DE TRABAJO</b>   | <b>COMPLETO</b> | <b>INCOMPLETO</b> | <b>EN EXCESO</b>                 | <b>NO EXISTE</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Exámenes de Patología Clínica pertinentes  | 5               | 1                 | 2                                |                  | NA               |
| Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes   | 4               | 1                 | 2                                |                  | NA               |
| Interconsultas pertinentes   | 4               | 1                 | 2                                |                  | NA               |
| Referencias Oportunas  | 3               |                   |                                  |                  | NA               |
| Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes                                     | 3               | 1                 | 2                                |                  | NA               |
| SUBTOTAL   | 19              |                   |                                  |                  |                  |
| <b>TRATAMIENTO</b>   | <b>COMPLETO</b> | <b>INCOMPLETO</b> | <b>EN EXCESO/ NO CONCORDANTE</b> | <b>NO EXISTE</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.                   | 4               | 2                 |                                  | 0                |                  |
| Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI). | 4               | 2                 | 1                                | 0                |                  |
| Consigna presentación  | 1               | 0.5               |                                  | 0                |                  |
| Dosis del medicamento  | 1               |                   |                                  | 0                |                  |
| Frecuencia del medicamento   | 1               |                   |                                  | 0                |                  |
| Vía de administración  | 1               |                   |                                  | 0                |                  |
| Cuidados de Enfermería y otros profesionales   | 2               |                   |                                  | 0                |                  |
| SUBTOTAL   | 14              |                   |                                  |                  |                  |
| <b>NOTAS DE EVOLUCIÓN</b>  | <b>COMPLETA</b> | <b>INCOMPLETA</b> | <b>EN EXCESO</b>                 | <b>NO EXISTE</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Fecha y hora de evolución  | 0.5             | 0.25              |                                  | 0                |                  |
| Apreciación subjetiva  | 0.5             |                   |                                  | 0                |                  |
| Apreciación objetiva   | 0.5             |                   |                                  | 0                |                  |
| Verificación del tratamiento y dieta   | 0.5             |                   |                                  | 0                | NA               |
| Interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario                              | 0.5             |                   |                                  | 0                |                  |
| Plan diagnóstico   | 0.5             |                   |                                  | 0                | NA               |
| Plan terapéutico   | 0.5             |                   |                                  | 0                |                  |
| Firma y sello del médico que evoluciona  | 0.5             |                   |                                  | 0                |                  |
| SUBTOTAL   | 4               |                   |                                  |                  |                  |
| <b>REGISTROS DE ENFERMERÍA</b>   | <b>COMPLETO</b> | <b>INCOMPLETO</b> | <b>EN EXCESO</b>                 | <b>NO EXISTE</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Notas de ingreso de enfermería   | 1               | 0.5               |                                  | 0                |                  |
| Notas de Evolución de enfermería   | 1               | 0.5               |                                  | 0                |                  |
| Hoja de Gráfica de Signos vitales  | 1               | 0.5               |                                  | 0                |                  |
| Hoja de balance hídrico  | 1               | 0.5               |                                  | 0                |                  |
| Kardex   | 1               | 0.5               |                                  | 0                |                  |
| Firma y sello del Profesional  | 1               |                   |                                  | 0                |                  |
| SUBTOTAL   | 6               |                   |                                  |                  |                  |
| <b>ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA</b>   | <b>COMPLETA</b> | <b>INCOMPLETA</b> | <b>EN EXCESO</b>                 | <b>NO EXISTE</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Informe de Alta  | 1               |                   |                                  | 0                | NA               |
| Medicamentos prescritos  | 1               |                   |                                  | 0                | NA               |
| Cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa             | 1               |                   |                                  | 0                | NA               |
| SUBTOTAL   | 3               |                   |                                  |                  |                  |
| <b>ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>  | <b>COMPLETA</b> | <b>INCOMPLETA</b> | <b>EN EXCESO</b>                 | <b>NO EXISTE</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Firma y sello del médico tratante  | 1               |                   |                                  | 0                |                  |
| Orden cronológico de las hojas de la historia clínica  | 1               |                   |                                  | 0                |                  |
| Pulcritud  | 1               |                   |                                  | 0                |                  |
| Legibilidad  | 1               | 0.5               |                                  | 0                |                  |
| No uso de abreviaturas   | 1               | 0.5               |                                  | 0                |                  |
| SUBTOTAL   | 5               |                   |                                  |                  |                  |
| <b>FORMATOS ESPECIALES</b>   | <b>COMPLETA</b> | <b>INCOMPLETA</b> | <b>EN EXCESO</b>                 | <b>NO EXISTE</b> | <b>NO APLICA</b> |



|   |     |      |  |   |    |
|---|-----|------|--|---|----|
| Formato de interconsulta  | 0.5 | 0.25 |  | 0 | NA |
| Junta Médica  | 0.5 | 0.25 |  | 0 | NA |
| Formato de orden de intervención quirúrgica                       | 0.5 | 0.25 |  | 0 | NA |
| Reporte operatorio  | 0.5 | 0.25 |  | 0 | NA |
| Hoja de evolución pre anestésica                                  | 0.5 | 0.25 |  | 0 | NA |
| Lista de verificación de seguridad de la cirugía                  | 1   | 0.5  |  | 0 | NA |
| Hoja de anestesia   | 0.5 | 0.25 |  | 0 | NA |
| Hoja post anestésica  | 0.5 | 0.25 |  | 0 | NA |
| Formatos de patología clínica formato de diagnóstico por imágenes | 0.5 | 0.25 |  | 0 | NA |
| Formato de anatomía patológica                                    | 0.5 | 0.25 |  | 0 | NA |
| Formato de consentimiento informado                               | 1   | 0.5  |  | 0 | NA |
| Formato de retiro voluntario                                      | 0.5 | 0.25 |  | 0 | NA |
| Epícrisis   | 1   | 0.5  |  | 0 | NA |
| SUBTOTAL  | 7.5 |      |  |   |    |
| TOTAL   | 100 |      |  |   |    |

|                             |                                     |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| <b>CALIFICACIÓN</b>         |                                     |
| SATISFACTORIO               | 90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO |
| POR MEJORAR                 | 75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO  |
| DEFICIENTE                  | <75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO    |
| <b>III.- NO CONFORMIDAD</b> |                                     |
|                             |                                     |
| <b>IV.- CONCLUSIÓN</b>      |                                     |
|                             |                                     |
| <b>V.- RECOMENDACIONES</b>  |                                     |
|                             |                                     |

| <b>INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO<br/>EN HOSPITALIZACIÓN</b> |   |
|---|---|
|   |   |
| <b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>   |   |
| <b>MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA</b>   | Nombres completos de el/los auditores   |
| <b>NUMERO DE AUDITORÍA</b>  | Número de auditoría realizada   |
| <b>FECHA DE AUDITORÍA</b>   | Fecha en que se realiza la auditoría  |
| <b>SERVICIO AUDITADO</b>  | Servicio seleccionado para realizar la auditoría  |
| <b>ASUNTO</b>   | Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)  |
| <b>FECHA DE HOSPITALIZACIÓN</b>   | Fecha de la atención  |
| <b>NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>  | Colocar el número de la Historia Clínica  |
| <b>COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE</b>  | Registro de matrícula del Colegio profesional   |
| <b>DIAGNÓSTICO DEL ALTA</b>   | Diagnóstico presuntivo y/o definitivo   |
| <b>CIE 10</b>   |   |
| <b>II) OBSERVACIONES</b>  |   |
| <b>FILIACIÓN</b>  | Completo: Se registra en la historia clínica cada uno de los datos correspondientes a la filiación, son en número de 18 en la ficha de hospitalización. No existe: No se registran los datos. |
| <b>SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES</b>  | Completo: Se registran los signos y síntomas principales, que caracterizan la enfermedad actual. No existe: no se registran el/los datos o no es concordante con el relato cronológico.       |
| <b>TIEMPO DE ENFERMEDAD</b>   | Completo: Se consigna el tiempo que refiere el paciente como inicio de la presentación de los signos y síntomas motivos de consulta. No existe: No se registra el dato.                       |
| <b>FORMA DE INICIO</b>  | Completo: Se registra la forma de inicio de la enfermedad (brusco, insidioso). No existe: No se registra en la historia clínica.  |
| <b>CURSO DE LA ENFERMEDAD</b>   | Completo: Se registra el curso de la enfermedad (progresivo, intermitente, estacionario). No existe: No se registra en la historia clínica.   |

|  |  |
|--|--|
| RELATO CRONOLÓGICO                           | Completo: Se registra un relato claro, coherente, en orden cronológico, consigna los signos y síntomas motivo de consulta referente a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y síntomas asociados que contribuyan al diagnóstico. Incompleto: El relato no se registra en orden cronológico, forma adecuada, los signos y síntomas no que puedan contribuir al diagnóstico. No existe: no se registra el relato.   |
| FUNCIONES BIOLÓGICAS                         | Completo: Se registran los datos referentes a variaciones o no en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones. Incompleto: Se registran solo algunas variables. No existe: No se Registra ningún dato.   |
| ANTECEDENTES                                 | Completo: Se registran los antecedentes positivos y negativos: personales generales, hábitos nocivos, inmunizaciones, alergias, antecedentes personales fisiológicos, antecedentes obstétricos en sexo femenino, antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares. Incompleto: Se registran de manera parcial los antecedentes. No existe: No se registran los datos correspondientes.   |
| EXAMEN CLÍNICO                               |  |
| FUNCIONES VITALES                            | Completo: Se registran los datos completos referentes a Temperatura (T°), Frecuencia respiratorio (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA); (la P.A en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite) Saturación de oxígeno (Sat O2), de requerirse.  |
|  | No existe: No se registra ningún dato o se registra en forma incompleta.   |
| PESO, TALLA                                  | Completo: Se registran los datos de las variables.   |
|  | No existe: No se registran los datos o se registran de forma incompleta.   |
| EXAMEN CLÍNICO GENERAL.                      | Completo: Se registran este dato estado de gravedad, fascies, tipo constitucional, postura, hidratación, estado de nutrición, nivel de conciencia, piel y anexos.  |
|  | No existe: No se registra ningún dato o se registra de forma incompleta.   |
| EXAMEN CLÍNICO REGIONAL                      | Completo: Se registran las No Conformidades positivas y negativas del examen físico regional completo por aparatos y sistemas. Incompleto: Se registra de forma incompleta las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis.   |
|  | No existe: No se registran los datos sobre el examen clínico regional.   |
| DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO                       | Completo: se registra el (los) diagnósticos presuntivos coherentes y concordantes con la anamnesis y el examen clínico en forma total.   |
|  | Incompleto: se registran en forma parcial. No Concordante: se registran diagnósticos no concordantes con la anamnesis y examen físico descritos.   |
|  | No existen: No se registran  |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO                       | Coherentes: En relación con la anamnesis y el examen clínico. Completo: se registra el (los) diagnósticos definitivos en forma total. Incompleto: se registra en forma parcial. En exceso-No concordante : se registran demás de los diagnósticos concordantes otros no concordantes con la anamnesis y examen físico descritos. No existe: No se registra ninguno de los diagnósticos registrados es coherente con la anamnesis y examen clínico.   |
| CIE 10                                       | Completo: Se registra de manera correcta el Código internacional de enfermedades (CIE 10) en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos Incompleto: Se registra el CIE 10 en forma parcial los diagnósticos presuntivos y/o definitivos consignados. No existe: No se registran CIE 10.  |
| PLAN DE TRABAJO                              |  |
| EXAMENES DE PATOLOGÍA CLÍNICA(LABORATORIO)   | Pertinentes: Correspondientes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordante con la Guía de Práctica Clínica (GPC). Completos: cuando se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios según la GPC. En exceso: se solicitan además de los pertinentes, otros exámenes no concordantes. No existen: no se solicitan exámenes de patología clínica. |
| EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES         | Pertinentes: Correspondientes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordantes con la Guía de Práctica Clínica (GPC). Completos: cuando se solicitan todos los exámenes de diagnóstico por imágenes necesarios según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todos los exámenes de necesarios según la GPC. En exceso: se solicitan además de los pertinentes, otros exámenes no concordantes. No existen: no se solicitan exámenes de diagnóstico por imágenes.    |
| INTERCONSULTAS                               | Pertinentes: Correspondientes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordantes con la Guía de Práctica Clínica. Completas: cuando se solicitan todas las interconsultas necesarias según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todas las interconsultas necesarias según la GPC. En exceso: se solicitan además de las pertinentes, otras no concordantes. No existen: no se solicitan interconsultas.  |
| REFERENCIAS                                  | Oportunas: Las referencias se realizan en el momento adecuado o conveniente, según las Guías de Práctica Clínica y normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Completas: cuando las referencias cumplen totalmente la normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Incompletas: cuando las referencias cumplen parcialmente la normativa. En exceso: se realizan otras? No existen: no se solicitan referencias.   |
| PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPEÚTICOS | Pertinentes: Correspondientes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordante con la Guía de Práctica Clínica (GPC). Completos: cuando se solicitan todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios según la GPC. En exceso: se solicitan además de los pertinentes, otros no concordantes. No existen: no se solicitan.          |

|  |  |
|--|--|
| TRATAMIENTO  | Completo: Concordante y coherente con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos y con la Guía de Práctica Clínica. Se registran en su totalidad los ítems señalados en la Ficha de Auditoría (7). Incompleto: Se prescribe el tratamiento de manera parcial y/o no se registran en su totalidad los ítems señalados, en el puntaje se colocará la suma de los ítems registrados. En exceso: se indican además de los medicamentos pertinentes, otros no concordantes. No existe: No se registra los ítems señalados o estos no son coherentes con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos. |
| NOTAS DE EVOLUCIÓN   | Completas: Se registran todos los ítems señalados en la ficha de auditoría (8) y consigna funciones vitales e información sobre procedimientos realizados. Incompletas: Se registran de forma parcial los ítems señalados, en el puntaje se colocará la suma de los ítems registrados. No existen: No se registran los datos señalados o no son concordantes con el caso.  |
| REGISTROS DE ENFERMERÍA  | Completa: Cuenta con los ítems señalados según corresponda, y los mismos se encuentran correctamente llenados según la evaluación correspondiente. Incompleta: Registro incompleto de los formatos, incluyendo falta de firmas y/o sello. No existe: No cuenta con los ítems señalados o no se encuentran correctamente llenados.  |
| ESPECÍFICAS INDICACIONES DE ALTA   | Completo: Se registran los datos correspondientes a la prescripción de medicamentos, cuidados generales e indicación de evaluación por consulta externa y/o destino (Alta, observación, hospitalización, Morgue) y cuenta con epícrisis. No existe: No se registran los datos señalados. No aplica: Cuando se evalúa una historia clínica de paciente hospitalizado.   |
| ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA   | Completo: la Historia Clínica cumple con los atributos señalados y se registra la identificación del médico tratante mediante sello y firma del mismo. No existe: La historia clínica no cumple con los atributos señalados.   |
| FORMATOS ESPECIALES  | Se evaluarán los formatos especiales y se otorgará el puntaje correspondiente a completo, si los formatos se encuentran correctamente llenados. Incompleto. Si el registro de los formatos es incompleto o el formato no tiene resolución directoral.  |
| * En el caso de evaluación de formatos anexos a la historia clínica como kardex, hoja de funciones vitales, balance hídrico, se aplicará las fichas de evaluación correspondientes, y se otorgará puntaje como conforme en la Ficha de auditoría, solamente si la calificación resultado de la evaluación de los mencionados formatos es: "por mejorar o satisfactorio".   |  |
| <b>CÁLCULO DE PUNTAJE</b>  |  |
| EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.   |  |
| EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEM CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHS ÍTEM Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE. |  |
| <b>NO CONFORMIDAD</b>  |  |
| HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO  |  |
| <b>CONCLUSIÓN</b>  |  |
| OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS   |  |
| <b>RECOMENDACIONES</b>   |  |
| SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.   |  |
| DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.  |  |



**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA**
**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA**

**I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA**


|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA    |  |
| NÚMERO DE AUDITORÍA                 |  |
| FECHA DE AUDITORÍA                  |  |
| SERVICIO AUDITADO                   |  |
| ASUNTO                              |  |
| FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA       |  |
| CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA |  |
| CODIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE    |  |
| DIAGNÓSTICO DEL ALTA                |  |
| CIE 10                              |  |

**II) OBSERVACIONES**

| <b>FILIACIÓN</b>  | <b>CONFORME</b> | <b>NO CONFORME</b> | <b>NO APLICA</b> |
|---|-----------------|--------------------|------------------|
| Número de historia clínica  | 0.5             | 0                  |                  |
| Nombres y apellidos del paciente  | 0.5             | 0                  | NA               |
| Tipo y N° Seguro  | 0.5             | 0                  | NA               |
| Lugar y fecha de nacimiento   | 0.5             | 0                  | NA               |
| Edad  | 0.5             | 0                  | NA               |
| Sexo  | 0.5             | 0                  |                  |
| Domicilio actual  | 0.5             | 0                  | NA               |
| Lugar de Procedencia  | 0.5             | 0                  | NA               |
| Documento de identificación   | 0.5             | 0                  | NA               |
| Estado Civil  | 0.5             | 0                  | NA               |
| Grado de instrucción  | 0.5             | 0                  | NA               |
| Ocupación   | 0.5             | 0                  | NA               |
| Religión  | 0.5             | 0                  | NA               |
| Teléfono  | 0.5             | 0                  | NA               |
| Acompañante   | 0.5             | 0                  | NA               |
| Domicilio y/o teléfono de la persona responsable  | 0.5             | 0                  | NA               |
| <b>SUBTOTAL</b>   | <b>8</b>        |                    |                  |
| <b>ANAMNESIS</b>  | <b>CONFORME</b> | <b>NO CONFORME</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Fecha y hora de atención  | 2               | 0                  |                  |
| Tiempo de enfermedad  | 1               | 0                  |                  |
| Signos y síntomas principales   | 2               | 0                  |                  |
| Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)  | 5               | 0                  | NA               |
| Antecedentes  | 3               | 0                  | NA               |
| <b>SUBTOTAL</b>   | <b>13</b>       |                    |                  |
| <b>EXAMEN CLÍNICO</b>   | <b>CONFORME</b> | <b>NO CONFORME</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite. | 2               | 0                  |                  |
| Puntaje de Escala de Glasgow  | 1               | 0                  | NA               |
| Peso  | 1               | 0                  | NA               |
| Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.  | 2               | 0                  |                  |
| Examen clínico regional   | 4               | 0                  |                  |
| <b>SUBTOTAL</b>   | <b>10</b>       |                    |                  |
| <b>DIAGNÓSTICOS</b>   | <b>CONFORME</b> | <b>NO CONFORME</b> | <b>NO APLICA</b> |

|   |                 |                    |                  |
|---|-----------------|--------------------|------------------|
| a) Presuntivo coherente   | 8               | 0                  | NA               |
| b) Definitivo coherente   | 8               | 0                  | NA               |
| c) Uso del CIE 10   | 4               | 0                  |                  |
| <b>SUBTOTAL</b>   | <b>20</b>       |                    |                  |
| <b>PLAN DE TRABAJO</b>  | <b>CONFORME</b> | <b>NO CONFORME</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Exámenes de Patología Clínica pertinentes   | 4               | 0                  |                  |
| Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes                                  | 4               | 0                  |                  |
| Interconsultas pertinentes  | 3               | 0                  | NA               |
| Referencia oportuna   | 3               | 0                  | NA               |
| Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes                          | 3               | 0                  | NA               |
| Informes correspondientes al Plan de trabajo, anexados a la Historia Clínica      |                 |                    |                  |
| Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica                                       | 0.5             |                    |                  |
| Exámenes de Imágenes en Historia Clínica  | 0.5             | 0                  | NA               |
| Respuesta de interconsultas en Historia Clínica                                   | 0.5             | 0                  | NA               |
| Procedimientos en Historia Clínica  | 0.5             | 0                  | NA               |
| <b>SUBTOTAL</b>   | <b>19</b>       |                    |                  |
| <b>ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA</b>  | <b>CONFORME</b> | <b>NO CONFORME</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Condición de egreso del paciente  | 1               | 0                  |                  |
| Medicamentos prescritos   | 1               | 0                  | NA               |
| Cuidados Generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa. | 1               | 0                  | NA               |
| <b>SUBTOTAL</b>   | <b>3</b>        |                    |                  |
| <b>TRATAMIENTO</b>  | <b>CONFORME</b> | <b>NO CONFORME</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Medidas Generales   | 2               | 0                  | NA               |
| Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).    | 2               | 0                  | NA               |
| Consigna presentación   | 1               | 0                  | NA               |
| Dosis del medicamento   | 1               | 0                  | NA               |
| Frecuencia del medicamento  | 1               | 0                  | NA               |
| Vía de administración   | 1               | 0                  | NA               |
| <b>SUBTOTAL</b>   | <b>8</b>        |                    |                  |
| <b>NOTAS DE EVOLUCIÓN</b>   | <b>CONFORME</b> | <b>NO CONFORME</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Fecha y hora de evolución   | 1               | 0                  |                  |
| Nota de Ingreso   | 1               | 0                  |                  |
| Apreciación subjetiva   | 1               | 0                  |                  |
| Apreciación objetiva  | 1               | 0                  |                  |
| Verificación del tratamiento y dieta  | 1               | 0                  | NA               |
| Interpretación de exámenes y comentario   | 2               | 0                  |                  |
| Plan de trabajo   | 2               | 0                  |                  |
| Consigna funciones vitales  | 1               | 0                  |                  |
| Procedimientos realizados   | 1               | 0                  | NA               |
| <b>SUBTOTAL</b>   | <b>11</b>       |                    |                  |
| <b>REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERIA</b>                                    | <b>CONFORME</b> | <b>NO CONFORME</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería                                    | 0.5             | 0                  | NA               |
| Notas obstetricia y/o enfermería  | 0.5             | 0                  | NA               |
| Hoja de funciones vitales   | 0.5             | 0                  | NA               |
| Hoja de balance hídrico   | 0.5             | 0                  | NA               |
| Kardex  | 0.5             | 0                  | NA               |
| Firma y sello del Profesional   | 0.5             | 0                  | NA               |
| <b>SUBTOTAL</b>   | <b>3</b>        |                    | <b>NA</b>        |
| <b>ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>   | <b>CONFORME</b> | <b>NO CONFORME</b> | <b>NO APLICA</b> |
| Firma y sello del médico tratante   | 1               | 0                  |                  |
| Prioridad de atención   | 1               | 0                  |                  |

|                        |                                     |   |  |
|------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Pulcritud              | 1                                   | 0 |  |
| Legibilidad            | 1                                   | 0 |  |
| No uso de abreviaturas | 1                                   | 0 |  |
| SUBTOTAL               | 5                                   |   |  |
| TOTAL                  | 100                                 |   |  |
| CALIFICACIÓN           |                                     |   |  |
| SATISFACTORIO          | 90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO |   |  |
| POR MEJORAR            | 75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO  |   |  |
| DEFICIENTE             | <75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO    |   |  |
| III.- NO CONFORMIDAD   |                                     |   |  |
|                        |                                     |   |  |
| IV.- CONCLUSION        |                                     |   |  |
|                        |                                     |   |  |
| V.- RECOMENDACIONES    |                                     |   |  |

| <b>FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA</b>  |  |
|--|--|
| <b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>  |  |
| MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA   | Nombres completos de el/los auditores  |
| NÚMERO DE AUDITORÍA  | Número de auditoría realizada  |
| FECHA DE AUDITORÍA   | Fecha en que se realiza la auditoría   |
| SERVICIO AUDITADO  | Servicio seleccionado para realizar la auditoría   |
| ASUNTO   | Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)   |
| FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA  | Fecha de la atención   |
| CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA  | Colocar el número de la Historia Clínica   |
| CODIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE   | Registro de matrícula del Colegio Profesional  |
| DIAGNÓSTICO DEL ALTA   | Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica  |
| CIE 10   |  |
| <b>II) OBSERVACIONES</b>   |  |
| FILIACIÓN  | Datos que deben registrarse al momento de abrir la historia clínica. Se asignará un puntaje de 0.5 a cada ítem, y la ausencia de alguno de ello se califica como No Conforme. Si el paciente es NN se califica No Aplica.  |
| <b>ANAMNESIS</b>   |  |
| FECHA Y HORA DE ATENCIÓN   | Conforme: Se registra fecha y hora de la atención, No conforme: no se registran los datos.   |
| SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES  | Conforme: Signos y síntomas principales motivos de la evaluación por emergencia. No conforme: no se registra el/los datos o no es concordante con el relato cronológico.   |
| TIEMPO DE ENFERMEDAD   | Conforme: Se consigna el tiempo que refiere el paciente y/o acompañantes de iniciados los signos y síntomas y/o de la ocurrencia de los sucesos que motivan la atención por emergencia No Conforme: No se registra el dato.                                      |
| RELATO CRONOLÓGICO   | Conforme: Claro, consigna características de los signos, síntomas y eventos relacionados con los motivos de atención por emergencia. No Conforme: no se registra/no está redactado de manera coherente/no está relacionado con los signos y síntomas principales |

|   |   |
|---|---|
| FUNCIONES BIOLÓGICAS  | Conforme: Se registran los datos referentes a variaciones en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones y peso. No conforme: se registran en forma parcial o no hay registro de los datos.   |
| ANTECEDENTES  | Conforme: Se registran los antecedentes personales fisiológicos, patológicos, de alergias medicamentosas, ocupacionales y familiares pertinentes según la anamnesis y que contribuyan a la orientación diagnóstica y/o terapéutica. No Conforme: No se registran los datos correspondientes.  |
| <b>EXAMEN CLÍNICO</b>   |   |
| FUNCIONES VITALES   | Conforme: Se registran los datos referentes a Temperatura (T°), Frecuencia respiratorio (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA), (la P.A en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite) Saturación de oxígeno (Sat O2), de requerirse. No Conforme: No se registra ningún dato o se registra de forma parcial. |
| ESCALA DE GLASGOW   | Conforme: se registra en pacientes con deterioro del nivel de conciencia. No conforme: no se registra el dato cuando corresponda.   |
| PESO  | Conforme: Se registra el peso en población pediátrica excepto cuando el estado clínico del paciente no lo permita. No conforme: No se registra el dato correspondiente cuando corresponda.  |
| ESTADO DE GRAVEDAD, POSTURA, HIDRATACIÓN, ESTADO DE NUTRICIÓN, NIVEL DE CONCIENCIA, PIEL Y ANEXOS | Conforme: Se registran estos datos como parte del examen físico general, No conforme: No se registran los datos o no se registran los prioritarios según la anamnesis.  |
| EXAMEN CLÍNICO REGIONAL   | Conforme: Se registran las No Conformidades positivas y negativas del examen físico regional por aparatos y sistemas priorizados según la anamnesis. No conforme: No se registran los datos sobre el examen clínico regional o no se evalúan los aparatos y sistemas pertinentes según anamnesis.   |
| DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO  | Conforme: Se registran los diagnósticos presuntivos concordantes con la anamnesis y el examen clínico. No conforme: No se registran los diagnósticos presuntivos o no son concordantes con la anamnesis y el examen clínico.  |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO  | Conforme: Se registran los diagnósticos definitivos concordantes con la anamnesis, el examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. No conforme: No se registra o no es concordante con la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico.   |
| CIE 10  | Conforme: Se registra de manera correcta el Código internacional de enfermedades (CIE 10) en los diagnósticos presuntivos y/o definitivos. No conforme: No se registra el CIE 10 en los diagnósticos presuntivos y/o definitivos consignados.   |
| <b>PLAN DE TRABAJO</b>  |   |
| EXAMENES DE PATOLOGÍA CLÍNICA (LABORATORIO)   | Conforme: Se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios según el caso. No Conforme: No se solicitan los exámenes de apoyo al diagnóstico, se solicitan de manera parcial o no son concordantes con los diagnósticos planteados. No aplica: el caso no amerita exámenes de apoyo al diagnóstico.                                 |
| EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES  | Conforme: Se solicitan todos los exámenes de diagnóstico por imágenes necesarios según el caso. No Conforme: No se solicitan los exámenes de apoyo al diagnóstico, se solicitan de manera parcial o no son concordantes con los diagnósticos planteados. No aplica: el caso no amerita exámenes de diagnóstico por imágenes.                      |
| PROCEDIMIENTOS  | Conforme: Se solicitan los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios, según el caso. No conforme: No se solicitan los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, se solicitan de manera parcial o no son concordantes con los diagnósticos planteados.   |
| INTERCONSULTAS SOLICITADAS  | Conforme: Se solicita la/las interconsultas necesarias según el caso. No Conforme: No se solicita la/las interconsultas necesarias según el caso. No aplica: El caso no amerita interconsultas.   |



|  |  |
|--|--|
| REFERENCIAS  | Conforme: Se realizan las referencias para apoyo al diagnóstico y/o transferencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive según el caso. No Conforme: No se realizan las referencias para apoyo al diagnóstico y/o transferencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive según el caso. No aplica: el caso no amerita referencias.                           |
| RESULTADOS DE EXAMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO EN LA HISTORIA CLÍNICA  | Conforme: Los resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados se encuentran anexados a la historia clínica. No Conforme: Los resultados de los exámenes de Apoyo al diagnóstico solicitado no se encuentran anexados a la historia clínica.   |
| RESPUESTA A INTERCONSULTAS EN LA HISTORIA CLÍNICA  | Conforme: Hojas de Interconsulta con la respuesta a la interconsulta se encuentran anexadas a la historia clínica. No Conforme: Las respuestas a las interconsultas no se encuentran anexadas a la historia clínica.   |
| TRATAMIENTO  | Conforme: Se prescribe el tratamiento concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos adecuadamente planteados y se consignan los ítems señalados en la "Ficha de auditoría de calidad de atención de emergencia". No conforme: No se registra el tratamiento prescrito o no es concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos adecuadamente planteados.                  |
| ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA  | Conforme: Registran datos correspondientes a la prescripción de medicamentos, cuidados generales e indicación de evaluación por consulta externa y/o destino (alta, observación, hospitalización, morgue) No conforme: No registran datos señalados o se registran de forma parcial.   |
| ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA   | Conforme: la historia cumple con los atributos señalados y se registra la identificación del médico tratante mediante sello y firma del mismo. No Conforme: La historia clínica no cumple con los atributos señalados.   |
| SE APLICA A PACIENTE QUE SE QUEDA EN OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA   |  |
| NOTAS DE EVOLUCIÓN   | Conforme: Se registran los ítems señalados en la ficha de auditoría (10) No conforme: No se registran los ítems señalados o se registran de manera parcial.  |
| TRATAMIENTO EN OBSERVACIÓN (HOJA TERAPEÚTICA)  | Conforme: Concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos y se registran en su totalidad los ítems señalados en la Ficha de Auditoría (7) No Conforme: No se registran los ítems señalados o se registran de manera parcial/el tratamiento no es concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos. En cuanto a Medidas Generales se refiere a dieta, posición, reposo, etc. |
| REGISTROS DE ENFERMERÍA *  | Conforme: La Historia clínica cuenta con los ítems señalados según corresponda, y los mismos se encuentran correctamente llenados según la evaluación realizada a las fichas. Correspondientes No Conforme: No se registran los ítems señalados en la Ficha de auditoría o no se encuentran correctamente llenados.  |
| * En el caso de evaluación de formatos anexos a la historia clínica como kardex, hoja de funciones vitales, balance hídrico, se aplicará los formatos correspondientes, y se otorgará puntaje como conforme en la Ficha de auditoría de emergencia, solamente si la calificación resultado de la evaluación de los mencionados formatos es: "por mejorar o satisfactorio"  |  |
| CÁLCULO DE PUNTAJE   |  |
| EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.   |  |
| EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEM CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHS ÍTEM Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE. |  |
| NO CONFORMIDAD   |  |
| HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO  |  |

|  |
|--|
| <b>CONCLUSION</b>  |
| OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS   |
| <b>RECOMENDACIONES</b>   |
| SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES. |
| DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.  |

% COMPLIMENTO





## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA LISTA DE VERIFICACION DE ADHERENCIA A LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA

Se deberá llenar la Lista de Verificación de la Adherencia a la GPC, consignando los datos completos incluyendo el nombre del servicio o especialidad donde se realiza la verificación; fecha de la verificación, el número de la Historia Clínica y la resolución que aprueba la GPC a verificar.

- 1.- Se revisará si los Signos y Síntomas consignados están relacionados con la patología o diagnóstico según la GPC.
- 2.- Se verificará si el Diagnóstico de la patología es consistente con la Anamnesis y el examen Clínico, de acuerdo a la GPC.
- 3.- Se verificará si se establece el Plan de trabajo (exámenes de laboratorio, imágenes, etc.) acorde a la patología según la GPC.
- 4.- Se verificará si la Terapéutica está de acuerdo a la patología según GPC.
- 5.- Se verificará si se aplican los Criterios de Alta de acuerdo a las GPC.
- 6.- Se verificará si se registran las Complicaciones y el manejo se realiza de acuerdo a la GPC.
- 7.- Se revisará, si se realizó la Contrarreferencia oportuna, de acuerdo a la GPC.

Respecto a los diferentes Items de respuesta, tener en cuenta:

### **CUMPLE:**

- **SI:** Califica cuando el personal de salud que brinda la atención cumple con el criterio de acuerdo a la Lista de Verificación.
- **NO:** Califica cuando el personal de salud no cumple con el criterio estandarizado de acuerdo a la Lista de Verificación.
- **NO APLICA:** Cuando algún criterio de la lista de Verificación no corresponde al aplicar el cumplimiento de la Adherencia a las GPC. Ejemplo: Para un paciente que aún está hospitalizado, el Criterio **5** y **7** No **Aplican**, porque aún está en tratamiento y/o hospitalizado.

**NO CONSIGNA:** Cuando no se describe en la Historia el Diagnóstico, Tratamiento u otras acciones realizadas durante la realización de la atención del paciente y/o estas no fueron registradas de acuerdo a norma.

## INDICADORES

### 1.- Porcentaje de adherencia a la GPC.

Para aplicar a en una sola Historia Clínica:

$$\frac{\text{NUMERO DE CRITERIOS QUE SI CUMPLEN LA GPC}}{\text{NUMERO DE CRITERIOS QUE APLICAN DE ACUERDO A LA GPC}} \times 100$$

En el denominador no incluir los criterios que NO APLICAN

ESTANDAR MINIMO **80%**

### 2.- Porcentaje de Historias Clínicas que cumplen el Estándar Mínimo de Adherencia en la Guía Clínica "X".

Al evaluar una muestra de Historias Clínicas, con iguales diagnósticos, se puede establecer el Porcentaje de Adherencia:

$$\frac{\text{NUMERO DE HC QUE CUMPLEN EL ESTANDAR MINIMO PARA LA GPC "X"}}{\text{NUMERO TOTAL DE HCL EVALUADAS CON LA GPC"X"}} \times 100$$

ESTANDAR **80%**

### 3.- Porcentaje de Adherencia a la GPC por Criterio evaluado

Para evaluar la adherencia a un Criterio Específico en una muestra de Historias Clínicas:

$$\frac{\text{NUMERO DE HC QUE CUMPLEN EL CRITERIO "Y" PARA LA GPC "X"}}{\text{NUMERO TOTAL DE HCL EVALUADAS, CON LA GPC"X"}} \times 100$$

ESTANDAR **80%**

\*No considerar en el denominador las HC que No Aplican el Criterio evaluado.

**Ejemplo:** Para verificar si en los pacientes con diagnóstico de Neumonía se establece el Plan de Trabajo (Criterio 3), acorde a la GPC de Neumonía, realiza un muestreo con 10 HC de la misma patología.

8 HC establecen el Plan de Trabajo acorde a la GPC de Neumonía

X 100

---

10 HC evaluadas que aplican el Criterio 3.

Rpta: 80% de Adherencia al Plan de Trabajo en pacientes con Neumonía.





# EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO



## I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA

|                               |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|
| ESPECIALIDAD /EJE             |  |  |  |  |  |
| PROCEDIMIENTO A REALIZAR      |  |  |  |  |  |
| NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA |  |  |  |  |  |
| FECHA                         |  |  |  |  |  |

## II) OBSERVACIONES

|  | C    | I   | N | N.A | C    | I   | N | N.A | C    | I   | N | N.A | C    | I   | N | N.A | C    | I   | N | N.A |
|--|------|-----|---|-----|------|-----|---|-----|------|-----|---|-----|------|-----|---|-----|------|-----|---|-----|
| RESOLUCION DIRECTORAL                                  | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| REGISTRO COMPLETO DEL FORMATO                          |      |     |   |     |      |     |   |     |      |     |   |     |      |     |   |     |      |     |   |     |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO                               | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| DESCRIPCION DEL DIAGNOSTICO                            | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO                          | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| OBJETIVOS DELPROCEDIMIENTO                             | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| BENEFICIOS ESPERADOS                                   | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| RIESGOS O COMPLICACIONES FRECUENTES                    | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| RIESGOS O COMPLICACIONES POCO FRECUENTES               | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACION                     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| TRATAMIENTO ALTERNATIVO                                | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| OTROS RIESGOS (POR PARTICULARIDADES DEL PCTE)          | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| PRONOSTICO   | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| RECOMENDACIONES  | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| SUBTOTAL   | 13   | 6.5 | 0 |     | 13   | 6.5 | 0 |     | 13   | 6.5 | 0 |     | 13   | 6.5 | 0 |     | 13   | 6.5 | 0 |     |
|  | 19.5 |     |   |     | 19.5 |     |   |     | 19.5 |     |   |     | 19.5 |     |   |     | 19.5 |     |   |     |
| REGISTRO COMPLETO DE LA DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO | C    | I   | N | N.A | C    | I   | N | N.A | C    | I   | N | N.A | C    | I   | N | N.A | C    | I   | N | N.A |
| FECHA  | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE                       | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| N° H. CLÍNICA DEL PACIENTE                             | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL TUTOR LEGAL                    | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| FIRMA DEL TUTOR LEGAL                                  | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO                         | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| CMP / RNE  | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| FRIMA Y SELLO DEL MEDICO                               | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO                         | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| SUBTOTAL   | 9    | 4.5 | 0 |     | 9    | 4.5 | 0 |     | 9    | 4.5 | 0 |     | 9    | 4.5 | 0 |     | 9    | 4.5 | 0 |     |
|  | 13.5 |     |   |     | 13.5 |     |   |     | 13.5 |     |   |     | 13.5 |     |   |     | 13.5 |     |   |     |
| ATRIBUTOS  | C    | I   | N | N.A | C    | I   | N | N.A | C    | I   | N | N.A | C    | I   | N | N.A | C    | I   | N | N.A |
| Pulcritud  | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| Legibilidad  | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| No uso de abreviaturas                                 | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     | 1    | 0.5 | 0 |     |
| SUBTOTAL   | 3    | 1.5 | 0 |     | 3    | 1.5 | 0 |     | 3    | 1.5 | 0 |     | 3    | 1.5 | 0 |     | 3    | 1.5 | 0 |     |
|  | 4.5  |     |   |     | 4.5  |     |   |     | 4.5  |     |   |     | 4.5  |     |   |     | 4.5  |     |   |     |
| TOTAL  | 37.5 |     |   |     | 37.5 |     |   |     | 37.5 |     |   |     | 37.5 |     |   |     | 37.5 |     |   |     |

PTOS BASE

25

25

25

25

25

%

100.00%

100.00%

100.00%

100.00%

100.00%

PROMEDIO

100%

|               |                                     |
|---------------|-------------------------------------|
| CALIFICACIÓN  |                                     |
| SATISFACTORIO | 90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO |
| POR MEJORAR   | 75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO  |
| DEFICIENTE    | <75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO    |

|     |            |
|-----|------------|
| C   | COMPLETO   |
| I   | INCOMPLETO |
| EX  | EN EXCESO  |
| N   | NO EXISTE  |
| N.A | NO APLICA  |



**AUDITORIA CONCURRENTE  
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**



Señor Dr. \_\_\_\_\_ (Jefe/Coordinador/Asistente) del Servicio de \_\_\_\_\_ durante nuestro proceso de auditoría concurrente y de acuerdo a la normatividad vigente: "Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado", "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud" y "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", hemos detectado las siguientes NO CONFORMIDADES en la Historia Clínica del Paciente: \_\_\_\_\_

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| Fecha _____            | F. Ingreso _____  |
| Historia Clínica _____ | Diagnóstico _____ |

|  |   |                                   |                                    |
|--|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| <b>Conoce Guía Práctica Clínica en relación al Diagnóstico de Historia Clínica</b> |   |                                   |                                    |
| No Conoce <input type="checkbox"/>   | Conoce y muestra <input type="checkbox"/> | No tiene <input type="checkbox"/> | No Aplica <input type="checkbox"/> |

| CALIDAD DE REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA   | CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD   |
|--|---|
| No uso de H.C.I. aprobada por R.D. (institucional) <input type="checkbox"/>              | No consigna Plan de Trabajo en H.C.I. de ingreso <input type="checkbox"/>   |
| Registro incompleto de H.C.I. de ingreso a servicio <input type="checkbox"/>             | Estancia Prolongada <input type="checkbox"/>  |
| Ausencia de CIE 10 en H.C.I. de ingreso <input type="checkbox"/>                         | Mayor a 15 días en Hospitalización <input type="checkbox"/>   |
| Falta de fecha / hora en evoluciones..... <input type="checkbox"/>                       | Mayor a 17 días en servicio de Cuidados Intensivos <input type="checkbox"/>                                       |
| Falta de evolución médica el (los) día(s) ..... <input type="checkbox"/>                 | Interconsulta no justificada (no relacionada al problema médico / quirúrgico actual) <input type="checkbox"/>     |
| Evoluciones y/o terapéutica con letra ilegible <input type="checkbox"/>                  | Tiempo de respuesta de Interconsulta <input type="checkbox"/>   |
| Falta de fecha / hora en terapéutica..... <input type="checkbox"/>                       | > a 30 min en Emergencia <input type="checkbox"/>   |
| Falta de terapéutica médica..... <input type="checkbox"/>                                | > a 24 horas en Hospitalización <input type="checkbox"/>  |
| Falta de firma / sello en registros médicos..... <input type="checkbox"/>                | Sin respuesta > a 24 horas <input type="checkbox"/>   |
| Falta de firma / sello en registros de enfermería..... <input type="checkbox"/>          | No evidencia de manejo multidisciplinario (de acuerdo a GPC/GP) <input type="checkbox"/>                          |
| Falta de identificación del paciente en cada hoja de la H.C.I. <input type="checkbox"/>  | Exámenes de Diagnóstico por imágenes no relacionados con patología <input type="checkbox"/>                       |
| Ausencia de registro de funciones vitales o registro incompleto <input type="checkbox"/> | Retraso en la cita para Exámenes de Diagnóstico por Imágenes TAC, RMN..... <input type="checkbox"/>               |
| No registra escala de glasgow en Historia Clínica <input type="checkbox"/>               | Retraso en compra de insumos para Cirugía o tratamiento médico <input type="checkbox"/>                           |
| Consentimiento Informado   | Suspensión de Cirugía SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                     |
| No Aplica <input type="checkbox"/> No aprobado por R.D. <input type="checkbox"/>         | Por qué: _____  |
| Ausente <input type="checkbox"/> Registro incompleto <input type="checkbox"/>            | Prescripción de Antimicrobianos de Uso Restringido sin autorización de Infectología..... <input type="checkbox"/> |
| Sin firma / sello <input type="checkbox"/> No específico <input type="checkbox"/>        | Evento Adverso No reportado   |
| Informe Operatorio   | Caída <input type="checkbox"/> UPP <input type="checkbox"/>   |
| Formato No Institucional <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/>    | IAAS <input type="checkbox"/> Flebitis <input type="checkbox"/>   |
| Interconsultas   | Eritema de Pañal <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>  |
| Falta de fecha/hora en solicitud <input type="checkbox"/>                                | Sospecha de RAM o Incidente con dispositivo médico no reportado <input type="checkbox"/>                          |
| No consigna sello y/o firma en solicitud <input type="checkbox"/>                        | Nota de Ingreso de Enfermería   |
| Falta de fecha/hora en respuesta <input type="checkbox"/>                                | No consigna <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>  |
| No consigna sello y/o firma en respuesta <input type="checkbox"/>                        | No valoración de riesgo de UPP <input type="checkbox"/>   |
| Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC)                               | No valoración de riesgo de caída <input type="checkbox"/>   |
| No aplica <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>                   |   |
| Falta de Firmas <input type="checkbox"/>   |   |

Agradeceremos revisar y tener en cuenta las observaciones realizadas por el personal de la Unidad de Gestión de la Calidad e implementar acciones de mejora con la finalidad de evitar vuelvan a suscitarse. Las acciones de prevención son de suma importancia para el INS - San Borja, quien se encuentra en constante proceso de mejora en búsqueda de una atención de salud segura y de calidad.

Lima, .....de.....del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Responsable

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Auditor

