



**MINISTERIO DE SALUD**

**DIRECCION GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS**

**DIRECCION EJECUTIVA DE CALIDAD EN SALUD**

**NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01**

**NORMA TÉCNICA DE AUDITORÍA DE LA  
CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD**

**2005**

**Lima - Perú**



## Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud /  
Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas.  
Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud -- Lima: Ministerio de Salud,  
2005

69 p.; ilus.

AUDITORIA ADMINISTRATIVA, normas / AUDITORIA MEDICA, normas /  
CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD / NORMAS BASICAS DE  
ATENCION A LA SALUD / PROMOCION DE LA SALUD / PERU

ISBN 9972-851-18-4

Hecho el Depósito Legal No. 2005-4939

© Copyright 2005  
1,000 unidades

Ministerio de Salud  
Av. Salaverry N° 801- Jesús María, Lima -Perú  
Teléfono: (51-1) 315-6600  
<http://www.minsa.gob.pe>  
[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

Impreso en los talleres de  
ERBA-GRAFICA S.A.C.  
Raúl Porrás Barrenechea N° 1950 – Chacra Ríos Sur, Lima 1  
[erbagrafica@yahoo.com](mailto:erbagrafica@yahoo.com)

Dr. Alejandro Toledo Manrique  
Presidente de la República

Dra. Pilar Mazzetti Soler  
Ministra de Salud

Dr. José Carlos Del Carmen Sara  
Vice-Ministro de Salud

Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano  
Director General de Salud de las Personas

Dra. Isabel Cristina Chaw Ortega  
Directora Ejecutiva de Calidad en Salud

## AGRADECIMIENTO

El Ministerio de Salud desea expresar su reconocimiento a los profesionales de las diferentes instituciones del Sector Salud y otros, por sus valiosos aportes y contribución al diseño de la propuesta de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

Aguilar Quintana, Emilio Nestor	Hospital Sergio Bernales
Almonacid Estrella, Zoila Rosa	Dirección de Salud V Lima Ciudad
Alvarado Delgado, Lucía	Dirección de Sanidad FAP
Alza Zegarra, Elena	Hospital María Auxiliadora
Amoretti Alviño, Pedro Miguel	Instituto Especializado de Salud del Niño
Ausejo Gutierrez, Bernardo E.	Municipalidad Metropolitana de Lima
Balcázar Briceño, Cesar A	Hospital Casimiro Ulloa
Bedoya Velasco, Cecilia	PRONAHEBAS
Bocanegra Tapia, Alicia	Hospital Sergio Bernales
Borja Hernani, Ana del Pilar	Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud - DGSP
Cáceres Aucaylla, Jorge	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud
Campbell Leóncarthy, Andrés	Clínica Angloamericana
Cano Montoya, Leiry Guadalupe	Hospital San José
Cerna Figueroa, Juan	Clínica San Borja
Chaw Ortega, Isabel Cristina	Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud - MINSA
Christiansen B., Hernán	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud
Cordero Valera, Jorge	Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud - DGSP
Cuadros Talattino, Marco Antonio	Hosp. Rezola-Cañete
Cuenca Alfaro, José	Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas
De la Cruz Ch., Nancy	Ministerio Público – Instituto de Medicina Legal
Delgado Burga, Mariela	PRONAHEBAS
Espíritu Salazar, Nora	Hospital Dos de Mayo
Flores García, Fresia	Colegio de Obstetrices
Freitas Alvarado, Enrique	Entidad Prestadora de Salud Rimac
García Corcuera, Luis	EsSalud - Oficina de Garantía de la Calidad
Gavilano Buleje, Delfín Diodoro	Hospital Militar
Guardia Aguirre, Nydya	Clínica Ricardo Palma
Guillén Cárdenas Iván	Auditor Médico
Herrera Quevedo, Manuel	Hospital Nacional Daniel A. Carrión
Julca Quispe, Rubén	Jefe de Auditoría Médica – HNGAI - EsSalud
Junes Rengifo, Martín	Dirección de Sanidad FAP
Legua García, Luis	Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud - DGSP
Lobón Ramos, Irma	DIRSAL-Dirección de Sanidad Policial
Lopez Dávalos, César	Entidad Prestadora de Salud - Pacífico
Lugo Olivos, Luz	Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud -DGSP

Llanos Zavalaga, Fernando	Universidad Peruana Cayetano Heredia
Merea Longa, Guido	Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud
Moya Grande, Jaime	Seguro Integral de Salud
Navarro Garcés, Miguel	Consultor DGSP
Palacios Enríquez, Alida	Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud – MINSA
Patrón Figari, Alejandro	Laboratorios MEDLAB
Piña Pérez, Alindor	Hospital Nacional Hipólito Unánue
Piscoya Arbañil, José	Colegio Médico del Perú /Sociedad Peruana de Auditoría Médica
Ravelo Chumioque, Walter	Dirección Ejecutiva de Gestión Sanitaria - DGSP
Rojas Injante, Armando	Asociación de Clínicas Privadas
Ruiz Pighi, Vilio Antonio	Dirección de Sanidad FAP
Salas Suárez, Juan Carlos	Sociedad Peruana de Auditoría en Salud
Sevillano Morales, Luis	Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud – MINSA
Solís Camarena, Nilda	Colegio de Enfermeros del Perú
Tineo Vargas, César	Hospital Rezola – Cañete
Vásquez Perdomo, Irene	Hospital Nacional Dos de Mayo
Vicuña Calderón, Marcial Alberto	Centro Médico Naval “Santiago Távora”
Villalobos Arellano, Javier E.	EsSalud – Gerencia de División de Prestaciones
Villalva Severino, Carmen	Dirección de Salud IV Lima Este

#### **APORTES Y SUGERENCIAS AL DOCUMENTO**

- Sociedad Peruana de Auditoría Médica
- Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- Hospital Nacional Docente Madre - Niño “San Bartolomé”
- Sanidad de la Policía Nacional del Perú
- Hospital Nacional Dos de Mayo
- Secretaría de Coordinación Consejo Nacional de Salud
- EsSalud
- Dirección Ejecutiva de Gestión Sanitaria – DGSP/MINSA
- Oficina General de Asesoría Jurídica
- Oficina General de Planeamiento Estratégico
- Inspectoría General
- Asesores Despacho Ministerial

#### **Revisado Por:**

Dra. Isabel Chaw Ortega  
Dr. Luis Legua García  
Lic. Ana Borja Hernani

Lima - Perú

## INDICE

	Pag.
INTRODUCCION .....	1
I. FINALIDAD .....	2
II. OBJETIVO .....	2
III. BASE LEGAL.....	2
IV. AMBITO DE APLICACIÓN .....	2
V. DEFINICIONES .....	2
VI. DISPOSICIONES GENERALES .....	4
VII. APLICACIÓN .....	10
VIII. DISPOSICIONES ESPECIFICAS .....	11
IX. DISPOSICIONES FINALES .....	12
X. ANEXOS .....	12
Anexo N°1 Modelo de Informe de Auditoría de Caso .....	14
Anexo N° 2 Modelo de Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención .....	16
Anexo N° 3 Instrumento para realizar la Auditoría de Procesos .....	17
Anexo N° 4 Fichas e Instructivos referenciales para la realización de Auditorías .....	21

Instructivo de Auditoría de la Calidad de los Registros de Consulta Externa .....	30
Ficha de Auditoría de la Calidad de Consulta Externa.....	32
Instructivo de Auditoría de la Calidad de Consulta Externa .....	35
Ficha de Auditoría de la Calidad de Atención de Hospitalización.....	40
Instructivo de Auditoría de la Calidad de Atención de Hospitalización.....	46
Ficha de Auditoría para Paciente Fallecido.....	50
Instructivo de Auditoría de Pacientes Fallecidos.....	55
Ficha de Auditoría de la Calidad de Atención de Emergencias .....	61
Instructivo para la Auditoría de la Calidad de Atención de Emergencias ..	66

## INTRODUCCION

En los últimos años en el país han sucedido hechos que afectaron la integridad de casi todas las instituciones, han afectado en igual medida la estructura, las funciones y la capacidad de respuesta del Sector Salud a las necesidades de la población. Se presenta ante ello, la oportunidad de analizar esta situación en el país por su magnitud y profundidad, a través de la observación de la conducción del proceso de atención de la salud de las personas para que por medio de ello, reconfigurar un nuevo modelo para la conducción y organización de los distintos procesos para la resolución de problemas de salud.

La propuesta de Auditoría en Salud parte del supuesto que sin una evaluación permanente del “ qué se hace? y el cómo se hace? junto a la identificación de la manera como se está atendiendo a las personas, el nivel de calidad y el grado de excelencia con que se viene trabajando; estos procesos no podrán ser conocidos y menos aún mejorados.

De allí que el proyecto de Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud tenga como objetivos finales: buscar la mayor eficiencia en todo orden de cosas, mejorar la calidad de las prestaciones, maximizar el rendimiento de la atención de salud y capacitar a los prestadores de los servicios para que realicen sus labores de acuerdo a las normas establecidas para las organizaciones encargadas del cuidado de la salud.

El ejercicio de Auditoría en Salud a efectuarse en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en los establecimientos del Ministerio de Salud, se desarrolla bajo la autoridad normativa y funcional de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) por intermedio de la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud (DECS) quien debe establecer los lineamientos, disposiciones y procedimientos técnicos correspondientes a su proceso en función a la naturaleza y/o especialización de dichos establecimientos.

De acuerdo a lo expuesto, corresponde a la DECS organizar y desarrollar la Auditoría de Salud en forma descentralizada y permanente, promoviendo su ejercicio con la mayor independencia técnica evitando las incorrecciones derivadas del mal empleo de las normas que sirven de parámetros al auditar o como consecuencia de malas interpretaciones de los procedimientos.

De esta forma se espera contar con un proceso que de manera técnica logre cautelar el derecho del paciente – expresado en la Ley General de Salud – de exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud, cumplan con los estándares de calidad aceptados para los procedimientos y prácticas institucionales y/o profesionales.



## NORMA TECNICA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

### NT N° 029- MINSA/DGSP-V.01

#### I. FINALIDAD

Fortalecer la función gerencial de control interno Institucional a fin de promover la calidad, la mejora continua en las prestaciones de los servicios de salud.

#### II. OBJETIVO

Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la realización de la auditoría de la calidad de atención en salud, orientados a estandarizar el trabajo de los auditores en salud y a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

#### III. BASE LEGAL

- 3.1 Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- 3.2 Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud"
- 3.3 D.S. 014-2002 SA, "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- 3.4 Ley N° 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud"
- 3.5 Ley N° 27867 "Ley Orgánica de Gobiernos Regionales"
- 3.6 Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
- 3.7 R.M. N° 261-98-SA/DM, "Normas y Procedimientos para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo"
- 3.8 R.M. N° 768-2001-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- 3.9 R.M. N° 776-2004/MINSA, "Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado"
- 3.10 Ley N° 27927, que modifica la Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

#### IV. AMBITO DE APLICACION

La presente Norma Técnica es de aplicación en el ámbito nacional, en las entidades públicas y privadas del Sector Salud.

#### V. DEFINICIONES

- 5.1 **Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.-** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. El resultado final de la evaluación realizada se comunica en el denominado "Reporte de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud".
- 5.2 **Auditoría de Caso.-** Es aquella que por su implicancia en las políticas de la organización, su carácter legal, en mérito a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas, su complejidad requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades asistenciales, incluyendo muchas veces funciones operativo - administrativas del establecimiento de salud. La participación de los integrantes en este tipo de auditoría se fundamenta en el análisis de la Historia Clínica y sus anexos, y en el

consenso técnico-científico basado en el conocimiento académico y legal que regula el trabajo profesional. Puede requerir el manejo de cargos y descargos por quienes participaron en el proceso de atención. El resultado final de la Auditoría de Caso se emite en un Informe denominado “Informe de Auditoría de Caso”.

- 5.3 **Auditoría en Salud.-** Es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud médicos y no médicos, cuya finalidad es mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales. Constituye una herramienta del componente de Garantía de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- 5.4 **Auditoría Médica.-** Es el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente; es realizada solamente por el personal médico para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos pre-establecidos. Tiene por finalidad mejorar la calidad de atención brindada al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios a través de una correcta y oportuna retroalimentación y educación permanente.
- 5.5 **Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.-** Equipo encargado de llevar a cabo las auditorías y esta integrado por profesionales de la salud quienes cumplen con el perfil de auditor.
- 5.6 **Jefe del Comité Auditor de la Calidad de Atención en Salud.-** Profesional de la Salud, médico o en caso de no existir, personal de otras profesiones afines, responsable principal del Comité de Auditoría.
- 5.7 **Coordinador de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.-** Profesional de la salud, médico, en caso de no existir personal de otras profesiones afines, responsable de la planificación, organización, ejecución, supervisión, evaluación y monitoreo del trabajo de auditoría de la calidad de atención en salud de la organización, y que forma parte del equipo de la Oficina de Calidad.
- 5.8 **Auditoría de la Calidad del Registro Asistencial.-** Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales de la Historia Clínica en relación a un determinado servicio asistencial.
- 5.9 **Auditoría de Oficio.-** Es aquella que se encuentra contenida en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, obedece al análisis de la problemática organizacional, y se puede basar en indicadores Asistenciales / Administrativos como:
- Fallecidos con problema diagnóstico o sin diagnóstico definitivo
  - Reoperados
  - Hospitalizaciones prolongadas
  - Tasas de infecciones intrahospitalarias/ de mortalidad materna- perinatal.
  - Reingresos
  - Reconsultas.
  - Complicaciones anestésicas
  - Complicaciones quirúrgicas
  - Costos
  - Tiempos de espera.
  - Quejas/ Reclamos.
  - Otros procesos y procedimientos que se consideren pertinentes.

- 5.10 **Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud**, es el documento en el cual se comunican al Director del Establecimiento o a quien corresponda los resultados de las Auditorías de la Calidad de Atención en Salud de acuerdo al modelo incluido en el Anexo N°2 de la presente norma.
- 5.11 **Informe de Auditoría de casos**, es el documento que contiene los resultados de la Auditoría realizada, mediante el cual se comunican los resultados de la Auditoría realizada al Director del Establecimiento, el cual tiene la estructura incluida en el Anexo N° 1 de la presente norma.
- 5.12 **Auditoría Interna.-** Es una auditoría realizada por personal dependiente de la propia organización.
- 5.13 **Auditoría Externa.-** La auditoría externa es la que realiza un auditor externo a una organización a solicitud del titular.
- 5.13 **Sumilla.-** Título que utiliza el hecho observado.
- 5.14 **Condición.-** Descripción de la situación irregular o deficiencia hallada, cuyo grado de desviación debe ser evidenciado.
- 5.15 **Criterio.-** Norma de carácter general o específico que regula el accionar de la entidad auditada.
- 5.16 **Causa.-** Razón fundamental por la cual ocurrió la condición, o el motivo por el que no se cumplió el criterio o norma.
- 5.16.1 **Efecto.-** Consecuencia real o potencial, cuantitativa o cualitativa, que ocasiona el evento hallado.
- 5.17 **Observación.-** Referida a hechos o circunstancias significativos identificados durante la auditoría y que pueden motivar oportunidades de mejora.
- 5.18 **Conclusión.-** Juicios de carácter profesional basados en los hechos resultantes de la evaluación realizada.
- 5.19 **Recomendaciones.-** Constituyen las propuestas o sugerencias, orientadas a la adopción de las acciones tendientes a mejorar o superar las condiciones que han sido evaluadas en relación a las prestaciones asistenciales.
- 5.20 **Papeles de Trabajo.-** Registran el planeamiento, naturaleza, oportunidad y alcance de los procedimientos de auditoría aplicados por el auditor; los resultados y conclusiones extraídas de la evidencia obtenida. Se utilizan para controlar el progreso del trabajo y proveer evidencia del trabajo realizado para respaldar la opinión del auditor.

## VI. DISPOSICIONES GENERALES

### 6.1 Principios

Son principios aplicables al campo de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, los siguientes:

- Ética. orienta la conducta del auditor hacia el bien, hacia la búsqueda de lo correcto, lo ideal y la excelencia.
- Mejora continua de la calidad. Actitud por la cual el auditor realiza sus actividades con la finalidad de contribuir a la búsqueda permanente de las mejoras.
- Enfoque basado en hechos. El auditor fundamentará su accionar en las evidencias objetivas que sustenten sus observaciones y conclusiones.
- Independencia. Actitud de independencia de criterio respecto de la organización evaluada y de mantenerse libre de cualquier situación que pudiera señalarse como incompatible con su objetividad, en cuyo caso deberá comunicarlo por escrito y eximirse de participar.
- Confidencialidad. Principio por el cual el auditor debe mantener absoluta reserva respecto a la información que conozca en el transcurso de su trabajo.

## 6.2 Organización

- 6.2.1 En las organizaciones de Salud que cuenten con una Oficina de Calidad o la que haga sus veces, el/los Comité/s de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, se constituye/n en uno de sus componentes.
- 6.2.2 El establecimiento contará con un Coordinador de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, quien propondrá la designación de los miembros del/ los Comité/s, según la complejidad de la organización de salud.
- 6.2.3 Asimismo, se podrá requerir el apoyo temporal de profesionales y/o especialistas de otras áreas dentro de una misma organización, para lo cual la instancia correspondiente dará las facilidades necesarias para asegurar la participación del/los convocado/s. De ser pertinentes, los resultados de sus labores se incluirán en el informe o como anexos al mismo.
- 6.2.4 El Coordinador y los integrantes del/ los Comité/s de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, deben reunir los requisitos establecidos en la presente norma.
- 6.2.5 El perfil establecido para el coordinador y el auditor de la calidad de atención en salud, será el siguiente:
- Título profesional universitario; colegiado, habilitado para el ejercicio de la profesión por su Colegio correspondiente; con experiencia profesional, la misma que será para el Coordinador y Jefes o encargados principales de por lo menos cinco (5) años para las organizaciones de Nivel III, de más de tres (3) para Nivel II; y de más de dos (2) para Nivel I.  
Para los miembros de los comités será como mínimo de: tres (3) años para las organizaciones de Nivel III, de dos (2) para Nivel II; y de uno (1) para Nivel I.
  - No tener antecedentes de sanción por algún proceso médico-administrativo o médico legal, en los que se haya evidenciado conducta dolosa.
  - Acreditar haber realizado cursos de capacitación en Auditoría de la Calidad /en Salud/ Médica, Administración de Servicios de Salud o Salud Pública, con un mínimo de 60 hrs académicas.
  - Tener experiencia en Auditoría; la misma que será de más de dos (2) años para las organizaciones de Nivel III, de más de un año(1) para los Niveles I y II.
  - Acreditar entrenamiento técnico permanente referido al ejercicio de la Auditoría.

- Acreditar buena salud física y mental.

6.2.6 El Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, para el ejercicio de sus funciones debe contar con una organización interna, teniendo funcionalmente la siguiente estructura:

- **Jefe del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud:**  
El que preside el Comité. De preferencia se tratará de personal nombrado.
- **Secretario/a de Actas**, profesional de la salud nominado por el presidente. Es quien deberá tener el mayor número de horas programadas.
- **Vocales** que pueden ser de carácter permanente o transitorio de acuerdo a las necesidades. Serán, los Jefes de Departamento y/o Servicio involucrados en la atención del paciente, así como los Médicos que se consideren pertinentes, teniendo en cuenta que no sean los involucrados en el caso investigado, todos ellos con derecho a voz y voto.

El tiempo promedio que deberán dedicar a la Auditoría según las necesidades por lo menos deberá ser de:

- 2 horas semanales para Hospitales de Nivel: I.
- 4 horas semanales para Hospitales de Nivel: II, III.

### 6.3 Actividades

#### **Del Director del Establecimiento de Salud.**

- Aprobar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Coordinación con la Oficina de Calidad, para la designación mediante Resolución Directoral de un Coordinador de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, quien ejercerá sus funciones de preferencia a tiempo completo.
- Proporcionar los recursos adecuados al Comité.
- Establecer las comunicaciones necesarias para la realización y acopio de la información necesaria para la realización de las auditorías de la calidad de atención en salud.
- Evaluar la calidad y contenido del Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, así como también lo correspondiente a los Informes de Auditorías de casos, en especial lo referido a las conclusiones y recomendaciones emitidas.
- Disponer la ejecución de las recomendaciones.

#### **Del Coordinador de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.**

- Elaborar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, conforme a las prioridades institucionales y a sus necesidades, el mismo que será presentado a la Dirección de la Organización de Salud y/o Establecimiento de Salud para su conocimiento aprobación y difusión.
- Proponer el número y la conformación de comités por servicios de acuerdo a la complejidad del establecimiento, y serán presididos por un Jefe o Encargado Principal; designación que recaerá en el profesional de salud de mayor jerarquía, siempre y cuando no se encuentre comprendido en la evaluación.

- Planear, organizar, evaluar y supervisar las auditorías programadas en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud o las que se generan a solicitud de parte, según corresponda.
- Analizar la calidad y contenido del Reporte/ Informe de Auditoría de casos, en especial las referidas a las conclusiones y recomendaciones emitidas; informando al Jefe de la Oficina de Calidad cuando el caso así lo requiera.
- Elevar el Reporte/ ó Informe de Auditoría según corresponda al responsable de la Oficina de Calidad o quien haga sus veces.
- Ejecutar las auditorías que por sus características requieran su participación.
- Elaborar el informe de las acciones de evaluación y supervisión ejecutadas.
- Realizar el seguimiento de las recomendaciones emitidas tanto en el Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención, como en las Auditorías de Casos.

#### **Del Jefe del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.**

- Elaborar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del servicio o área de su responsabilidad, el mismo que será presentado al Coordinador de Auditoría de la Calidad de Atención o quien haga sus veces, para su conocimiento y aprobación.
- Proponer los miembros que integran el comité del servicio, área, o microrred, según corresponda.
- Organizar, ejecutar, evaluar y supervisar las auditorías contenidas en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del servicio/ Establecimiento de Salud, o las que se generan a solicitud de parte, según corresponda.
- Verificar la calidad y contenido del Reporte / Informe de Auditoría, en especial lo referido a las conclusiones y recomendaciones emitidas.
- Elaborar y presentar al Coordinador de Auditoría el Reporte/ Informe de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, según corresponda.
- Realizar el seguimiento de las recomendaciones emitidas.

#### **De los integrantes de los Equipos de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.**

- Participar en la elaboración del Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud de la Institución servicio o área de su responsabilidad, según corresponda.
- Participar en el planeamiento, organización, ejecución de las auditorías contenidas en el Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud o las que se generan a solicitud de parte, según corresponda.
- Verificar la conformidad y veracidad de los documentos que sustentan las conclusiones y recomendaciones.
- Elaborar y presentar el Reporte/Informe de auditoría, según corresponda.

### **6.4 Proceso de la Auditoría - Etapas:**

#### **6.4.1 Planeamiento:**

Las auditorías de la calidad de atención en salud programadas contarán por lo menos con un 70% de los recursos de tiempo y de personal para su realización, con la finalidad de evaluar los procesos de atención, el cumplimiento de las normas y procedimientos de la organización, así como identificar y prevenir los riesgos asistenciales y administrativos. El 30% restante será destinado a las auditorías de caso según se requiera.

La etapa de planeamiento comprende:

- Obtener información sobre auditorías anteriores.
- Obtener información general sobre la materia: organización, funciones, normas, planes, programas.
- Obtener información sobre los procesos de atención del establecimiento de salud.
- Definir la norma contra la cual se realizará la auditoría.
- Definir el equipo auditor.
- Capacitar y /o entrenar al equipo.
- Establecer los criterios para evaluar en base a los requerimientos del sistema.
- Elaborar las listas de verificación en base a las normas seleccionadas.
- Establecer las fechas de acuerdo con los auditados.
- Elaborar el plan definitivo de auditoría.

#### 6.4.2 **Ejecución:**

La etapa de ejecución comprende:

- Auditar, de acuerdo al plan, y registrar la información obtenida.
- Verificar la información
- Analizar en equipo los resultados conforme avanza la auditoría.
- Proveer de retroalimentación a los auditados.
- Preparar un informe preliminar.

#### 6.4.3 **Elaboración del Reporte / Informe Final:**

La etapa de elaboración del Reporte/ Informe Final comprende:

- Ajustar el Reporte (ver Anexo N° 2)/ Informe preliminar incluyendo los cambios.
- Precisar en las conclusiones los hechos hallados y al personal involucrado en la atención/ situación auditada.
- Recomendar cuando el caso lo amerite que la Dirección de la organización solicite a la Contraloría General de la República, la atención de la denuncia por parte del respectivo Órgano de Control Institucional, Comité de Ética de los Colegios Profesionales, u otras instancias de acuerdo a si se trata de una entidad pública o privada. Asimismo, en casos de resultados satisfactorios el auditor podrá recomendar otorgar una felicitación o similar.
- Elevar el informe debidamente firmado por lo responsables al jefe inmediato superior.
- Documentar el proceso total para su archivamiento especial y uso posterior, previo foliado y ordenamiento de los papeles de trabajo utilizados.

#### 6.4.4 **Seguimiento de las recomendaciones:**

La etapa de seguimiento comprende:

- Obtener las recomendaciones derivadas de la Auditoría.
- Verificar la implementación de las medidas recomendadas, de acuerdo a los plazos señalados.
- Elaborar y presentar el Informe de seguimiento.

## **6.5 Procedimientos específicos para la auditoría:**

### **6.5.1 Auditoría de Caso.-**

- La autoridad del establecimiento una vez recibido el caso, procede a convocar al responsable de la Oficina de Calidad, o quien haga sus veces para que programe la realización de la auditoría del caso.
- El responsable de la Oficina de Calidad dispone la investigación correspondiente a cargo del Coordinador de Auditoría, quien conforma/ convoca al comité auditor de acuerdo a las necesidades.
- El Comité Auditor solicitará la documentación necesaria así como la copia fedateada de la Historia Clínica del paciente motivo de la auditoría, la cual debe estar debidamente ordenada, foliada, a la cual se le colocará su correspondiente codificación.
- Se realizará la recopilación y estudio de todos los documentos que se estimen pertinentes relacionados a la organización como: Reglamento de Organización y Funciones, Manual de Organización y Funciones, Normas Internas, Programación de Personal, Protocolos o Guías de atención, Libros de registros de atenciones médicas y/o quirúrgicas, Libro de Sala de Operaciones y otros de interés que contengan información relacionada al caso.
- Se solicitarán los informes que se estimen pertinentes a las jefaturas médicas o administrativas en relación al caso, quienes a su vez solicitarán los informes respectivos al personal que participó en la atención.
- Para la evaluación de los actos asistenciales se considerarán los criterios clínicos o quirúrgicos que permitan esclarecer el adecuado proceder de los actos asistenciales analizados, como oportunidad de la intervención, pertinencia, utilización del consentimiento informado, entre otros.
- En la conformación del comité auditor se convocará de preferencia a especialistas pares no vinculados al caso, a fin de contar con una opinión técnica independiente.
- Durante la investigación del caso cuando se considere necesario se convocará al personal involucrado a fin de darle oportunidad de emitir sus descargos.
- Realizado el informe de auditoría de caso, se elevará el mismo a la autoridad administrativa solicitante (Responsable de la Oficina de Calidad o quien haga sus veces), quien luego de revisarlo lo eleva al Director de Establecimiento.
- El Informe contará con la estructura establecida en el ANEXO N° 1



#### 6.5.2 Auditoria de la Calidad de los Registros Asistenciales.-

- Para la realización de las Auditorias de los Registros Asistenciales consideradas en el Plan de Auditoria de la Calidad de Atención, se tomarán en cuenta principalmente los servicios de mayor riesgo, los servicios de mayor producción o los que tuvieran como antecedentes mayor número de quejas, reclamos o denuncias.
- Se puede decidir trabajar sobre el total de registros o trabajar en base a una muestra seleccionada estadísticamente.
- La auditoria se realiza a través de un modelo preestablecido por cada Comité Auditor, con parámetros concordantes con el nivel de complejidad del establecimiento de Salud; en donde se deben considerar entre otros, los siguientes aspectos: Registro de la anamnesis, examen clínico, diagnóstico, plan de trabajo médico y tratamiento. Ordenamiento cronológico adecuado y progresivo de la información contenida en la Historia Clínica en relación a la atención del paciente.
- Los modelos que elaboren los Comités Auditores deberán ser detallados y variar según se evalúen atenciones realizadas en áreas de Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia, u otros servicios, Ver Anexo N° 3 referencial según corresponda.
- El informe de la Auditoria de la Calidad de los Registros Asistenciales tiene la siguiente estructura:
  - Datos generales del servicio.
  - Origen de la auditoría.
  - Tipo de auditoría.
  - Alcance de la auditoría.
  - Antecedentes.
  - Observaciones.
  - Conclusiones.
  - Recomendaciones.
  - Anexos.

## VII. APLICACIÓN

Son responsables de la correcta aplicación de la presente norma las siguientes instancias o quien haga sus veces:

- Dirección General de Salud de las Personas.
- Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud.
- Direcciones Regionales de Salud/ Direcciones de Salud.
- Direcciones de Red.
- Dirección de los Establecimientos de Salud.
- Oficina o Unidad de Gestión de la Calidad.
- Comité de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.

## VIII. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

8.1 Los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud de diferente nivel de complejidad realizan las auditorias de la calidad de atención en salud, presentando los productos de auditoria (Plan de Auditoria de la Calidad de Atención, Reporte /Informe de resultados de auditorias, Plan de Capacitación, etc), según corresponda al nivel inmediato superior (RED / DISAS / DIRESAS); con organización de Comités de Auditoría hasta el nivel de Microrredes. En el caso de los Institutos Especializados los productos de auditoria, serán remitidos a la DECS-DGSP.

8.2 La RED / DIRESA / DISA respecto de la Auditoria a través de la oficina, unidad o área de calidad estructural o funcional, según corresponda, tiene a su cargo la elaboración de un plan de trabajo para difundir, impulsar y facilitar la implementación de la AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.

Asimismo, le corresponde la aprobación del Plan de Auditoria de la Calidad de Atención de las áreas del ámbito de su competencia y nivel de dependencia, la capacitación del personal, la verificación por muestreo de la calidad y contenido de los Reportes / Informes de Auditoria, en especial en lo referido a las conclusiones y recomendaciones emitidas, el seguimiento de las recomendaciones y de la implementación de proyectos de mejora en los establecimientos de salud, en base a las debilidades halladas.

La DIRESA/DISA conformará un Comité Auditor para la realización de auditorias programadas, de casos especiales y de dirimencia, tanto en sus establecimientos como en los otros públicos o privados según corresponda o a solicitud de parte.

La RED da cuenta y mantiene permanente contacto con la DIRESA/DISA de su ámbito y esta a su vez con la Dirección General de Salud de las Personas.

Las actividades referidas al artículo 6.3 de la presente norma son aplicables a establecimientos del II y III Nivel. Para Establecimientos del I Nivel, estas funciones competen al Responsable de la Microrred.

8.3 La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud, respecto de la Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, tiene a su cargo la elaboración, revisión y actualización de las normas correspondientes.

Asimismo, le corresponde la elaboración de un Plan Nacional de Evaluación de la implementación de la Auditoria de la Calidad de Atención en Salud en los niveles regionales, la asistencia técnica al personal, la verificación por muestreo de la calidad y contenido de los Reportes/ Informes de Auditoria, en especial las referidas a las conclusiones y recomendaciones emitidas, la supervisión y evaluación de las DIRESAS / DISAS e Institutos Especializados del ámbito nacional en relación a las acciones para el desarrollo de la Auditoria de la Calidad de Atención en Salud y la implementación de mecanismos para el mejoramiento.

La Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud puede conformar un Comité Auditor para la realización de auditorias programadas o especiales a solicitud de partes o aquellas que el nivel superior le indique. Asimismo, puede solicitar la ejecución de auditorias a las DIRESAS / DISAS, Institutos Especializados o a los establecimientos de salud en casos especiales.

## **IX DISPOSICIONES FINALES**

- 9.1 La presente norma técnica deberá ser revisada y actualizada cada dos años o antes de requerirse
- 9.2 Las disposiciones específicas en lo que corresponda, se podrán aplicar a otros establecimientos de salud públicos y privados de acuerdo a su organización y necesidades.
- 9.3 La Oficina de Calidad en entidades del estado, cuando el caso lo requiera solicitará a través de la Dirección del establecimiento la participación del Órgano de Control Institucional
- 9.4 En las Auditorías de Casos, con la finalidad de mantener la debida confidencialidad, se deberá utilizar una codificación AD-HOC que incluya el N° de Historias Clínicas y del personal involucrado, siendo el coordinador de auditoría el responsable de su administración.

## **X. ANEXOS**

- Anexo N° 1 Modelo de Informe de Auditoría de Caso
- Anexo N° 2 Modelo de Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención
- Anexo N° 3 Instrumento para realizar la Auditoría de Procesos
- Anexo N° 4 Fichas e Instructivos referenciales para la realización de Auditoría Externa, de Hospitalización, de Emergencia y de Pacientes Fallecidos.

# ANEXOS

## ANEXO N° 1: MODELO DE INFORME DE AUDITORÍA DE CASO

AUDITORÍA N° -MINSA-200

A: *Director del Hospital*

De: *Equipo Auditor*

Asunto: *ATENCIÓN BRINDADA AL PACIENTE:*

Referencia:

Fecha del Informe:

### 1. ANTECEDENTES :

*Donde se deben consignar en forma cronológica todos los antecedentes que dan origen a la auditoría médica.*

### 2. ORIGEN DE LA AUDITORÍA:

*Indicar que documento originó la realización de la auditoría.*

### 3. TIPO DE AUDITORÍA:

*Auditoría de caso.*

### 4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

*Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría*

### 5. INFORMACION CLINICA:

*Resumen de la información concerniente a las prestaciones asistenciales dadas al usuario en base a la historia clínica, registros asistenciales u hospitalarios y los informes del personal asistencial o administrativo que participó en la atención del paciente.*

### 6. OBSERVACIONES: *Corresponde al análisis de los actos asistenciales en sus componentes de evaluación médica, diagnóstico, terapéutica, evolución e intervenciones y otros aspectos relacionados con la atención del paciente, en función de la información que sustente el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas. La observación resultante debe ser producto de la interrelación de la condición, criterio, causa y efecto.*

*Cada observación deberá redactarse en forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes: Sumilla; Condición; Criterio; Causa; y efecto.*

*Al término del desarrollo de cada observación, se indicarán de modo sucinto los descargos presentados por las personas comprendidas en la misma; así como la opinión del auditor después de evaluar los hechos observados y los descargos recibidos.*

### 7. CONCLUSIONES: *Describen como resultado final del caso analizado y en concordancia con la descripción de hechos expuestos, se establece la correspondencia con los parámetros de evaluación utilizados así como también se señala al personal que participó en los hechos descritos.. En todos los casos el auditor se abstendrá de emitir apreciaciones o calificativos, limitándose sólo a señalar al personal que participó en los diferentes eventos descritos.*

8. **RECOMENDACIONES:** *Describe las situaciones, condiciones, correctivos a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.*

Registrar al pie del Informe : Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los auditores que participaron.

## ANEXO N°2: MODELO DE REPORTE DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

REPORTE DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD N° -Minsa-200

A: *Director del Hospital*

De: *Equipo Auditor*

Asunto: *AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD DEL  
SERVICIO/AREA/.....*

Referencia:

Fecha del Reporte:

### 1. ANTECEDENTES :

*Donde se deben consignar en forma cronológica todos los antecedentes que dan origen a la auditoria realizada.*

### 2. ORIGEN DE LA AUDITORÍA:

*Indicar que documento originó la realización de la auditoria.*

### 3. TIPO DE AUDITORÍA:

*Auditoria de la Calidad de Atención de Salud.*

### 4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

*Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoria*

### 5. OBJETIVOS:

*Describir*

### 6. METODOLOGÍA:

*Descripción de la metodología seleccionada para la realización de la investigación.*

### 7. RESULTADOS:

### 8. CONCLUSIONES:

### 9. RECOMENDACIONES: *Describe las situaciones, condiciones, correctivos a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.*

Registrar al pie del Informe: Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los auditores que participaron.

## ANEXO N° 3 :

### INSTRUMENTO PARA REALIZAR LA AUDITORIA DE PROCESOS:

#### FLUJOGRAMAS

##### **DEFINICIONES**

Para construir los Flujogramas de Atención se requiere conocer la terminología a emplear:

##### **Flujograma**

*Es la ilustración gráfica de un proceso*

##### **Proceso**

*Es un conjunto de actividades definidas, repetitivas y cuantificables que emplea un insumo, le agrega valor a esta y suministre un resultado útil para un cliente interno o externo.*

##### Ejemplos:

*La atención por consulta externa, cirugía de pacientes programados, atención de exámenes de laboratorio, entre otros.*

*Todos los ejemplos mencionados anteriormente caen dentro de la definición de un proceso, puesto que previamente todos están **definidos** ya sea mediante un procedimiento administrativo en el caso de la consulta externa o un protocolo de atención para los casos de cirugías programadas y exámenes de laboratorio.*

*Son **repetitivos** puesto que el procedimiento administrativo o el protocolo de atención se realiza en todos los casos.*


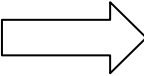

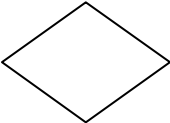

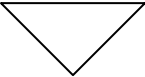

*Finalmente son **cuantificables** puesto que cada uno de ellos se pueden contar. El número de personas que se atendieron por consulta externa, el número de pacientes programados para cirugía que fueron efectivamente operados y el número de exámenes de glucosa procesados.*

##### **SÍMBOLOGIA ESTANDAR**

*Al ser el Flujograma una ilustración gráfica de un proceso, utilizará para su construcción un conjunto de símbolos estándares.*



Los principales se describen a continuación:

<b>SÍMBOLO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>SE UTILIZA ...</b>
	<i>Inicio o Fin del Flujograma</i>	<i>Inicio para iniciar la construcción del Flujograma y Fin después de haber concluido de graficar</i>
	<i>Traslado o dirección de flujo</i>	<i>Para conectar dos símbolos dentro de un flujo.</i>
	<i>Proceso</i>	<i>Para representar el proceso propiamente dicho.</i>
	<i>Condicional</i>	<i>Cuando se encuentre ante dos posibles direcciones distinta una de otra.</i>
	<i>Documento</i>	<i>Para representar que se ha generado un documento.</i>
	<i>Archivo o almacenamiento</i>	<i>Cuando necesita archivar un documento o guardar una muestra.</i>
	<i>Conector interno página</i>	<i>Cuando necesite conectar dos símbolos dentro de una misma página.</i>

## **METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL FLUJOGRAMA.**

### *Primer Paso*

*Indicar los datos generales como son la división, el departamento, servicio o área, el nombre del proceso que será graficado y la fecha de término del Flujoograma. La fecha será después de ser revisado por el responsable del proceso.*

### *Segundo Paso*

*Definir el inicio y fin del proceso. Es importante establecer límites a los procesos, un ejemplo de ello sería que el proceso de atención por consulta externa comienza cuando el paciente viene con cita al servicio donde será atendido y finaliza cuando el paciente se retira del consultorio.*

### *Tercer Paso*

*Identificar a cada uno de las personas que intervienen en el proceso. Así se tendrá una idea de cuantas personas intervienen en ese proceso. Para el caso de la consulta externa intervienen tres personas, la recepcionista, la auxiliar de enfermería y el médico tratante.*

### *Cuarto Paso*

*Identificar las áreas donde se realiza el proceso. Esto nos permitirá identificar por cuantas distintas ambientes o áreas tiene que trasladarse el paciente, el documento, la muestra para análisis, entre otros. En el ejemplo de la consulta externa el paciente se trasladará por los ambientes de recepción, sala de espera y consultorio médico.*

### *Quinto Paso*

*Graficar el proceso utilizando los símbolos estándares previamente definidos. Trate de construir el Flujoograma de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha, esto nos dará mayor facilidad para la lectura e interpretación.*

### *Sexto Paso*

*Indicar los nombres y apellidos de la persona que construye el Flujoograma.*

### *Sétimo Paso*

*Después de construido el flujo tendrá que ser revisado por el responsable del proceso. Por lo general esta responsabilidad recae sobre del jefe de departamento o servicio.*

*Los estudios de tiempo y movimientos se realizan con el objetivo de determinar la carga laboral que se asignará a un determinado trabajador en función al tiempo estándar establecido para ello. Lo primero que se hace para estos casos es construir el diagrama de flujo o flujoograma respectivo, en ella se podrán identificar todas las actividades que se están realizando.*

*Los estudios de racionalización de personal también tienen su inicio en la construcción de flujoogramas con el objetivo de determinar cuantas personas deberán quedarse en un puesto de trabajo, el personal sobrante será reasignada a otra área o pasará a disposición de Recursos Humanos.*

*La construcción de flujoogramas se hacen con el objetivo de proponer mejoras a los procesos identificados como críticos y utilizar de manera apropiada los recursos asignados para su ejecución.*

**HOJA DE FLUJOGRAMA**

Esta hoja facilitará el trabajo de construcción del flujo a graficar:

**FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN**

Proceso : Departamento : Servicio / Area :  
Fecha :

	<p><b>¿Dónde se hace?</b>          El área o lugar indicado para realizar el proceso</p>
<p><b>¿Quién lo hace?</b>           Es la persona encargada de realizar el proceso</p>	

## ANEXO N° 4 : FICHAS E INSTRUCTIVOS REFERENCIALES PARA LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS

<b>FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE CONSULTA EXTERNA</b>	
Sírvese llenar los datos con letra de imprenta.	
<b>I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:</b>	
SERVICIO AUDITADO:	
AUDITORÍA DE CONSULTA EXTERNA NÚMERO:	
MIEMBRO/S DEL COMITÉ AUDITOR:	
ASUNTO:	
FECHA:	
<b>II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:</b>	
ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:	
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:	
CODIGO DEL COLEGIO PROFESIONAL DEL PERSONAL TRATANTE:	

DIAGNÓSTICO:				
<b>III.- OBSERVACIONES:</b>				
Marque con una cruz en la palabra "SI/N.A." o "NO" según corresponda.				
<b>A.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES</b>				
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
FECHA DE APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
SEXO	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
FECHA DE NACIMIENTO	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
LUGAR DE NACIMIENTO	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
GRADO DE INSTRUCCIÓN	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
OCUPACIÓN	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
RELIGIÓN	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>

RAZA	SI/N.A.	1	NO	0
ESTADO CIVIL	SI/N.A.	1	NO	0
NÚMERO DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD	SI/N.A.	1	NO	0
DOMICILIO ACTUAL	SI/N.A.	1	NO	0
DOMICILIO DE PROCEDENCIA	SI/N.A.	1	NO	0
NOMBRE DEL PADRE	SI/N.A.	1	NO	0
NOMBRE DE LA MADRE	SI/N.A.	1	NO	0
<b>B.- ENFERMEDAD ACTUAL:</b>				
FECHA DE LA CONSULTA	SI/N.A.	1	NO	0
DATOS DEL INFORMANTE:	SI/N.A.	1	NO	0
MOTIVO DE LA CONSULTA	SI/N.A.	1	NO	0
TIEMPO DE ENFERMEDAD	SI/N.A.	1	NO	0
SÍNTOMAS PRINCIPALES	SI/N.A.	1	NO	0

RELATO CRONOLÓGICO	SI/N.A.	1	NO	0
FUNCIONES BIOLÓGICAS: SED, APETITO, RITMO URINARIO, RITMO EVACUATORIO, SUEÑO.	SI/N.A.	1	NO	0
<b>C.- ANTECEDENTES:</b>				
<b>FISIOLOGÍCOS:</b> gestacionales, nacimiento, desarrollo psicomotor, alimentación.	SI/N.A.	1	NO	0
<b>INMUNOLÓGICOS:</b> BCG, PTO, DPT, ANTISARAMPIÓN, OTRAS	SI/N.A.	1	NO	0
<b>PATOLÓGICOS:</b> INCLUYENDO ALERGIAS.	SI/N.A.	1	NO	0
<b>FAMILIARES:</b>	SI/N.A.	1	NO	0
<b>EPIDEMIOLOGÍCOS:</b>	SI/N.A.	1	NO	0
<b>OCUPACIONALES:</b>	SI/N.A.	1	NO	0
<b>D.- EXPLORACIÓN FÍSICA:</b>				
<b>CONTROLES VITALES:</b>				
FRECUENCIA CARDIACA	SI/N.A.	1	NO	0
FRECUENCIA RESPIRATORIA	SI/N.A.	1	NO	0

PRESIÓN ARTERIAL	SI/N.A.	1	NO	0
FRECUENCIA DE PULSO	SI/N.A.	1	NO	0
PESO	SI/N.A.	1	NO	0
TALLA	SI/N.A.	1	NO	0
ESTADO GENERAL	SI/N.A.	1	NO	0
ESTADO DE CONCIENCIA	SI/N.A.	1	NO	0
DATOS DEL EXAMEN FÍSICO DIRIGIDO	SI/N.A.	1	NO	0
<b>E.- DIAGNÓSTICO</b>				
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO/PROBLEMA	SI/N.A.	1	NO	0
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO (CUANDO CORRESPONDA A PARTIR DE LA SEGUNDA CONSULTA)	SI/N.A.	1	NO	0
USO DEL C.I.E. 10	SI/N.A.	1	NO	0
<b>F.- PLAN DE TRABAJO</b>				



PLAN DE TRABAJO:	SI/N.A.	1	NO	0
<b>G.- APRECIACIÓN</b>				
APRECIACIÓN DEL CASO:	SI/N.A.	1	NO	0
<b>H.- TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES:</b>				
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	SI/N.A.	1	NO	0
DOSIS	SI/N.A.	1	NO	0
FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN	SI/N.A.	1	NO	0
VIA DE ADMINISTRACIÓN	SI/N.A.	1	NO	0
MEDIDAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS	SI/N.A.	1	NO	0
MEDIDAS PREVENTIVAS	SI/N.A.	1	NO	0
<b>I. - NOTAS DE EVOLUCIÓN, COMPLICACIONES, EXAMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS:</b>				
Notas de controles	SI/N.A.	1	NO	0
Exámenes de laboratorio	SI/N.A.	1	NO	0

Exámenes radiológicos	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
Interconsultas	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
Complicaciones	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
<b>J.- IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE</b>				
IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE BRINDÓ LA ATENCIÓN	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
IDENTIFICACIÓN DE LA FECHA DE ALTA	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
IDENTIFICACIÓN DE LAS INDICACIONES DE ALTA	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
<b>K.- ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA</b>				
Pulcritud:	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
Registro de la hora de Atención	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
Registra descanso médico indicando número total de días de descanso y fechas de inicio y término del mismo.	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
Registra nombres apellidos y número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica	<b>SI/N.A.</b>	<b>1</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>

Letra legible	SI/N.A.	1	NO	0
Sello y firma del médico	SI/N.A.	1	NO	0
<b>TOTAL</b>				
<b>L.- CALIFICACIÓN:</b>				
<b>ACEPTABLE:</b>	<b>IGUAL O MAYOR A 50 PUNTOS</b>			
<b>POR MEJORAR:</b>	<b>MENOR DE 50 PUNTOS</b>			
<b>COLOCAR EL NÚMERO TOTAL DE DATOS NO APLICABLES EN PORCENTAJE (PUNTAJE TOTAL 63 PUNTOS EQUIVALEN AL 100%)</b>				
<b>IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:</b>				

<b>V.- INCONFORMIDADES MENORES:</b>	
<b>VI.- CONCLUSIONES:</b>	
<b>VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:</b>	
<b>VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:</b>	

<b>INSTRUCTIVO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE CONSULTA EXTERNA</b>	
<b>I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:</b>	DATOS DE REGISTRO INTERNO DE LAS AUDITORÍAS
SERVICIO AUDITADO:	SERVICIO SELECCIONADO PARA REALIZAR LA AUDITORÍA
AUDITORÍA DE CONSULTA EXTERNA NÚMERO:	NÚMERO DE REGISTRO DE AUDITORÍA MÉDICA DE CONSULTA EXTERNA DEL AÑO EN CURSO.
MIEMBRO/S DEL COMITÉ AUDITOR:	NOMBRES COMPLETOS DEL/LOS AUDITORES
ASUNTO:	TEMA SOBRE EL CUAL SE AUDITA
FECHA:	FECHA EN QUE SE REALIZA LA AUDITORÍA
<b>II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:</b>	
ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:	COLOCAR LA ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA
FECHA DE CONSULTA O CONSULTAS:	FECHAS EN LAS QUE EL PACIENTE HA SIDO EVALUADO POR PRIMERA VEZ
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:	CODIGO
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:	CODIGO
DIAGNÓSTICO:	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y/O DEFINITIVO QUE FIGURA EN LA HISTORIA CLÍNICA
<b>III.- OBSERVACIONES:</b>	DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA
<b>A.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES:</b>	CONSTA DE 16 ITEMS, Y CONSTITUYEN DATOS QUE SE DEBEN REGISTRAR AL MOMENTO DE ABRIRSE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN LO POSIBLE DEBEN SER TOMADOS DE ALGÚN DOCUMENTO DE IDENTIDAD.
<b>B.- ENFERMEDAD ACTUAL:</b>	CONSTA DE 7 ITEMS LOS CUALES DEBEN SER CONSIGNADOS EN SU TOTALIDAD.
<b>.C.- ANTECEDENTES:</b>	CONSTA DE 6 ITEMS. SE CONSIGNARAN LOS DATOS NECESARIOS PARA EL DAÑO A TRATAR.
<b>D.- EXPLORACIÓN FÍSICA:</b>	CONSTA DE 9 ITEMS. SE CONSIGNARAN LOS DATOS RELACIONADOS A LA EXPLORACIÓN FÍSICA DIRIGIDA.
<b>E.- DIAGNÓSTICOS:</b>	
Presuntivo/s:	CONSIGNA O NO
Definitivo/s:	CONSIGNA O NO, CUANDO CORRESPONDA A PARTIR DE LA SEGUNDA CONSULTA.
Uso del Código C. I. E. "10"	USO DE LA CODIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
<b>F.- PLAN DE TRABAJO:</b>	INCLUYEN TODOS LOS EXAMENES AUXILIARES, INTERCONSULTAS, PROCEDIMIENTOS, U OTROS NECESARIOS.
<b>G. APRECIACIÓN:</b>	INTERPRETACIÓN SUCINTA DEL CASO.
<b>H. TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES:</b>	CONSTA DE 6 ITEMS, LOS CUALES DEBEN SER CONSIDERADOS EN SU TOTALIDAD.
<b>I.- NOTAS DE EVOLUCIÓN, COMPLICACIONES, EXAMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS</b>	CONSTA DE 5 ITEMS LOS CUALES SERÁN LLENADOS DE ACUERDO A SU PERTINENCIA.

<b>J.- IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE</b>	CONSTA DE 3 ITEMS LOS CUALES DEBEN SER LLENADOS EN SU TOTALIDAD.
<b>K. ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA:</b>	CONSTA DE SEIS ITEMS LOS CUALES DEBEN SER CONSIGNADOS EN SU TOTALIDAD.
<b>L.- CALIFICACIÓN TOTAL</b>	SUMATORIA DE TODOS LOS PUNTAJES OBTENIDOS.
<b>IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:</b>	CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR.
	ESTAS DEBEN SER SELECCIONADAS POR EL EQUIPO AUDITOR
<b>V.- INCONFORMIDADES MENORES:</b>	CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTANDAR.
	ESTAS DEBEN SER SELECCIONADAS POR EL EQUIPO AUDITOR.
<b>VI.- CONCLUSIONES:</b>	RESUMEN DE LOS PRINCIPIALES HALLAZGOS EN COMPARACIÓN CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO.
<b>VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:</b>	
<b>VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:</b>	
<b>NOTA:</b>	LA BÚSQUEDA DE DATOS PARA LA AUDITORÍA SE INICIA DESDE LA ÚLTIMA CONSULTA (ÚLTIMO DIAGNÓSTICO), LUEGO SE VA RETROCEDIENDO EN LA HISTORIA CLÍNICA HASTA DETECTAR CUANDO SE HIZO POR PRIMERA VEZ ESE DIAGNÓSTICO. (MÁXIMO 8 CONSULTAS).
<b>NO APLICABLES</b>	CUANDO SE ENCUENTRAN DATOS NO APLICABLES, ES DECIR NO SE HAN REALIZADO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN POR NO CORRESPONDER, SERÁN CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR Y SE COLOCARÁ EN DATOS PORCENTUALES LA CANTIDAD DE DATOS NO APLICABLES, TENIENDO EN CUENTA QUE EL PUNTAJE MÁXIMO ES DE 63 PUNTOS (100%).
<b>NO EXISTE:</b>	CUANDO NO SE HA CONSIGNADO EL DATO

## FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE CONSULTA EXTERNA

Llenar todos los datos consignados

### I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:

SERVICIO AUDITADO:	
AUDITORÍA DE CONSULTA EXTERNA NÚMERO:	
MIEMBRO/S DEL COMITÉ AUDITOR:	
ASUNTO:	
FECHA:	

### II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:

ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:	
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:	
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:	
DIAGNÓSTICO:	

### III.- OBSERVACIONES:

Marque con un aspa el número que considere pertinente de acuerdo al ítem examinado.

A) ESTUDIO CLÍNICO:							
a) Filiación:	Estándar	2	Insuficiente	1	No existe	0	
b) Antecedentes:	Estándar	3	Incompletos	1	No existe	0	
c) Antecedentes ocupacionales:	Estándar	2	Incompletos	1	No existe	0	
d) Enfermedad Actual:	Estándar	8	Incompletas	4	No existe	0	
e) Examen Clínico:	Estándar	8	Incompleto	4	No existe	0	
SUB.TOTAL "A"							0

### B) DIAGNÓSTICOS:

a) Presuntivo/s:	Estándar	8	Incompletos	4	No existe	0			
b) Definitivo/s:	Estándar	12	Incompletos	6	Incompletos y no oportunos	3	No existe	0	
c) Uso del Código CIE "X"	Estándar	2	No	0					
SUB.TOTAL "B"									0
<b>C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS</b>									
a) Notas de controles	Estándar	8	Incompletos	4	No existe	0			
b) Exámenes de laboratorio	Estándar	4	Suficientes y no oportunos	2	excesivos	1	Insuficientes	0	
c) Exámenes radiológicos	Estándar	4	Suficientes y no oportunos	2	excesivos	1	Insuficientes	0	
d) Interconsultas	Estándar	4	Suficientes y no oportunos	2	excesivos	1	Insuficientes	0	
SUB.TOTAL "C"									0
<b>D) TRATAMIENTO:</b>									
a) Tratamiento:	Estándar	10	Insuficiente	6	excesivos	4	No existe	0	
SUB-TOTAL "D"									0
<b>E) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES</b>									
a) Evolución:	Estándar	8	Desfavorable esperada	4	Desfavorable no esperada	0			
b) Complicaciones:	Estándar	5	Impredecibles	3	Evitables	0			
c) Alta:	Estándar	2	No oportuna	1	No existe	0			
d) Especifica indicaciones del Alta	Estándar	2	Incompletas	1	No existe	0			
SUB-TOTAL "E"									0
<b>F) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA</b>									
a) Pulcritud:	Estándar	3	Sólo alguno	1	No existe	0			



b) Registro de la hora de Atención	Estándar	3	Sólo alguno	1	No existe	0			
c) Registra el medico tratante	Estándar	3	Sólo alguno	1	No existe	0			
c) Letra legible	Estándar	2	Irregular	1	Nunca	0			
d) Sello y firma del médico	Estándar	3	Sólo alguno	1	No existe	0			
SUB.TOTAL "F"									0
<b>TOTAL</b>									0
<b>CALIFICACIÓN:</b>									
<b>ACEPTABLE:</b>	<b>IGUAL O MAYOR DE 80</b>								
<b>POR MEJORAR:</b>	<b>MENOR DE 80</b>								
<b>IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:</b>									
<b>V.- INCONFORMIDADES MENORES:</b>									
<b>VI.- CONCLUSIONES:</b>									
<b>VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:</b>									
<b>VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:</b>									

## INSTRUCTIVO DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE CONSULTA EXTERNA

<b>I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:</b>	
DATOS DE REGISTRO INTERNO DE LAS AUDITORÍAS	
SERVICIO AUDITADO:	SERVICIO SELECCIONADO PARA REALIZAR LA AUDITORÍA
AUDITORÍA DE CONSULTA EXTERNA NÚMERO:	NÚMERO DE REGISTRO DE AUDITORÍA DE C. EXTERNA DEL AÑO EN CURSO.
MIEMBRO/S DEL COMITÉ AUDITOR:	NOMBRES COMPLETOS DEL/LOS AUDITORES
ASUNTO:	TEMA SOBRE EL CUAL SE AUDITA
FECHA:	FECHA EN QUE SE REALIZA LA AUDITORÍA
<b>II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:</b>	
ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:	COLOCAR LA ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA
FECHA DE CONSULTA O CONSULTAS:	FECHAS EN LAS QUE EL PACIENTE HA SIDO EVALUADO POR PRIMERA VEZ
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:	CODIGO
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:	CODIGO
DIAGNÓSTICO:	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y/O DEFINITIVO QUE FIGURA EN LA HISTORIA CLÍNICA
<b>III.- OBSERVACIONES:</b>	
<b>A) ESTUDIO CLÍNICO:</b>	
a) Filiación:	COMPLETA: SI ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), registra edad y sexo. INCOMPLETA: FALTAN 2 O MÁS DATOS DE FILIACIÓN. NO EXISTE: NO HAY FILIACIÓN.
b) Antecedentes:	COMPLETA: SI ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), cuando está consignado el antecedente patológico y_o epidemiológico que pueden ayudar en el diagnostico y/o tratamiento del problema actual. INCOMPLETA: FALTAN 2 O MÁS DATOS DE FILIACIÓN. NO EXISTE: NO HAY.

c) Antecedentes ocupacionales:	COMPLETOS: SI SE CONSIGNAN LOS DATOS OCUPACIONALES (ESTANDAR). INCOMPLETOS: FALTAN DATOS. NO EXISTE: NO HAY.
d) Enfermedad Actual:	COMPLETA. ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico. INCOMPLETA: FALTAN DATOS DEL PROBLEMA. NO EXISTE: NO HAY DATOS
e) Examen Clínico:	COMPLETO: ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EXAMEN PREFERENCIAL (ESTANDAR), cuando tiene funciones vitales, (adultos: FC, PA, niños: FC, FR, T y de acuerdo a la patología Peso y Talla. INCOMPLETA: NO ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EX. PREFERENCIAL. NO EXISTE: NO HAY DATOS.
SUB.TOTAL "A"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "A"
NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS	NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS POR EL MISMO PROBLEMA.
<b>B) DIAGNÓSTICOS:</b>	
a) Presuntivo/s:	POSIBILIDADES: CONCORDANTE CON EL PROBLEMA (ESTANDAR), cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y antecedentes. NO CONCORDANTE CON EL PROBLEMA / INCOMPLETOS cuando no se han colocado todos los diagnósticos que se pueden desprender de la historia clínica. NO EXISTE.
b) Definitivo/s:	POSIBILIDADES: CONCORDANTE CON EL PROBLEMA (ESTANDAR) Cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y exámenes auxiliares. La oportunidad se refiere a la consignación del diagnostico definitivo en el momento de tener evidencia de él. NO CONCORDANTE CON EL PROBLEMA / INCOMPLETO, No figuran todos los diagnósticos que se desprenden de la historia clínica. NO EXISTE.
c) Uso del Código CIE "X"	USO DE LA CODIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
SUB.TOTAL "B"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "B"

<b>C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS</b>	
a) Notas de controles	POSIBILIDADES: EXISTEN COMPLETAS (ESTANDAR) siguen el sistema SOAP y consignan funciones vitales, INCOMPLETAS. NO EXISTEN.
b) Exámenes de laboratorio	POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR), se solicitan todos los exámenes oportunamente o según se requiera durante la evolución. SUFICIENTES PERO NO OPORTUNOS. INSUFICIENTES EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución.
c) Exámenes radiológicos	POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR). SUFICIENTES PERO NO OPORTUNOS. INSUFICIENTES EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución.
d) Interconsultas	POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR). SUFICIENTES PERO NO OPORTUNOS. INSUFICIENTES EXCESIVOS, que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución..
SUB.TOTAL "C"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "C"
<b>D) TRATAMIENTO:</b>	
a) Tratamiento:	POSIBILIDADES: SUFICIENTE Y CONCORDANTE CON DIAGNÓSTICOS (ESTANDAR), sustentado por el diagnóstico definitivo o debidamente sustentado en la evolución. INSUFICIENTE, de acuerdo a los diagnósticos sustentados en la H.C., EXCESIVO, terapéutica que no se justifica por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución.. IATROGÉNICO.
SUB-TOTAL "D"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "D"
<b>E) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES</b>	
a) Evolución:	POSIBILIDADES: FAVORABLE (ESTANDAR). DESFAVORABLE, ESPERADA, cuando por las características de la patología y en base a la evidencia científica se espera una evolución desfavorable. DESFAVORABLE NO ESPERADA, cuando la evolución no es la esperada de acuerdo al diagnóstico y tratamiento instaurado.
b) Complicaciones:	POSIBILIDADES: AUSENTES (ESTANDAR). IMPREDECIBLES, no se esperaban de acuerdo a la evolución y tratamiento. EVITABLES, aquellas que se preven de acuerdo a la patología del paciente.

c) Alta:	POSIBILIDADES: OPORTUNA (ESTANDAR), figura el alta al superar o definir el problema. NO OPORTUNA, alta antes de superar el problema. NO EXISTE A PESAR DE HABER SUPERADO EL PROBLEMA.
d) Especifica indicaciones del Alta	POSIBILIDADES: COMPLETAS (ESTANDAR) . INCOMPLETAS. NO EXISTEN.
SUB-TOTAL "E"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "E"
<b>F) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA</b>	
a) Pulcritud:	POSIBILIDADES: SI (ESTANDAR), si la historia clínica esta limpia, ordenada, con formatos adecuados , y foliados.. NO EXISTE.
b) Registro de la hora de Atención	POSIBILIDADES: SI EXISTE ( ESTANDAR), NO EXISTE.
c) Letra legible	POSIBILIDADES: SIEMPRE(ESTANDAR), en toda la H.C. , A VECES, en partes de la H.C. NO EXISTE.
d) Sello y firma del médico	POSIBILIDADES: FIRMA Y SELLO (ESTANDAR). SÓLO FIRMA. NO EXISTE.
SUB.TOTAL "F"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "F"
<b>TOTAL</b>	SUMATORIA DE LOS SUBTOTALES DE LA "A" A LA "F".
<b>IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:</b>	CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR.
	ESTAS DEBEN SER SELECCIONADAS POR EL EQUIPO AUDITOR
<b>V.- INCONFORMIDADES MENORES:</b>	CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTANDAR.
	ESTAS DEBEN SER SELECCIONADAS POR EL EQUIPO AUDITOR.
<b>VI.- CONCLUSIONES:</b>	RESUMEN DE LOS PRINCIPIALES HALLAZGOS EN COMPARACIÓN CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO.
<b>VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:</b>	

<b>VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:</b>	
<b>NOTA:</b>	<b>LA BÚSQUEDA DE DATOS PARA LA AUDITORÍA SE INICIA DESDE LA ÚLTIMA CONSULTA (ÚLTIMO DIAGNÓSTICO), LUEGO SE VA RETROCEDIENDO EN LA HISTORIA CLÍNICA HASTA DETECTAR CUANDO SE HIZO POR PRIMERA VEZ ESE DIAGNÓSTICO. (MÁXIMO 8 CONSULTAS).</b>
<b>NO APLICABLES</b>	<b>CUANDO SE ENCUENTRAN DATOS NO APLICABLES, ES DECIR NO SE HAN REALIZADO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN POR NO CORRESPONDER, SERÁN CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR, SEÑALANDO CON UN ASTERISCO SU NO APLICABILIDAD.</b>
<b>NO EXISTE:</b>	<b>CUANDO NO SE HA CONSIGNADO EL DATO</b>

<b>FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN</b>	
<b>I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:</b>	
SERVICIO AUDITADO:	
AUDITORÍA DE HOSPITALIZACIÓN	
MIEMBRO/S DEL COMITÉ AUDITOR:	
ASUNTO:	
FECHA:	
<b>II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:</b>	
ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:	
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:	
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:	
DIAGNÓSTICO:	
<b>III.- OBSERVACIONES:</b>	
<b>A) ESTUDIO CLÍNICO:</b>	
<b>NOTA: EN CASO DE QUE EL DATO NO SEA APLICABLE, SE COLOCARÁ EL PUNTAJE MAYOR, COLOCANDO UN ASTERISCO SOBRE EL DATO</b>	

a) Filiación:	Estándar/No aplicable	2	Insuficiente	1	No existe	0			
b) Antecedentes personales no patológicos:	Estándar/No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0			
c) Antecedentes personales patológicos	Estándar/No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0			
d) Antecedentes epidemiológicos	Estándar/No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0			
e) Antecedentes ocupacionales	Estándar/No aplicable	1	No existe	0					
f) Enfermedad Actual:	Completa y concordante con los problemas de ingreso	5	Incompletas	3	Incompletos y no concordante con el/los problemas de ingreso	2	No existe		0
g) Examen Clínico:	Completa y concordante con la enfermedad actual.	6	Incompleto	3	Incompletos y no concordante con la enfermedad actual	2	No existe		0
h) Nota de ingreso	Completa	2	Incompletas	1	No existe	0			
i) Plan de Trabajo	Completo	2	Incompleto	1	No existe	0			
SUB.TOTAL "A"									0



<b>B) DIAGNÓSTICOS:</b>									
a) Presuntivo/s:	Estándar/No aplicable	5	Incompletos	3	No existe	0			
b) Definitivo/s:	Estándar/No aplicable	8	Incompletos	5	Incompletos y no oportunos	2	No existe	0	
c) Uso del Código CIE "X"	Estándar/No aplicable	2	No	0					
SUB.TOTAL "B"									
0									
<b>C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS</b>									
a) Notas de evolución	Completas	5	Incompletas	3	No existe	0			
b) Exámenes de laboratorio	Estándar/No aplicable	4	completos y no oportunos	2	excesivos	1	Incompletos	0	
c) Exámenes radiológicos	Estándar/No aplicable	4	completos y no oportunos	2	excesivos	1	Incompletos	0	
d) Interconsultas	Estándar/No aplicable	4	No oportunas	2	excesivas	1	Insuficientes	0	
SUB.TOTAL "C"									
0									
<b>D) NOTAS DE ENFERMERÍA</b>									
a) Evoluciones de enfermería	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0			
b) Hoja de funciones Vitales	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0			
c) Hoja de balance hídrico	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0			

SUB.TOTAL "D"									0
<b>E) TRATAMIENTO:</b>									
a) De soporte o sintomático	Estándar/No aplicable	6	Insuficiente	4	excesivos	2	No existe	0	
b) Etiológico	Estándar/No aplicable	10	Insuficiente	5	excesivos	3	No existe	0	
SUB-TOTAL "E"									0
<b>F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES</b>									
a) Evolución:	Estándar/No aplicable	5	Desfavorable esperada	2,5	Desfavorable no esperada	0			
b) Complicaciones:	Estándar/No aplicable	5	Impredecibles	2	Evitables	0			
c) Estancia	Adecuada	3	Insuficiente	1	Prolongada	0			
d) Alta:	Estándar/No aplicable	2	No oportuna	1	No existe	0			
d) Especifica indicaciones del Alta	Estándar/No aplicable	2	Incompletas	1	No existe	0			
SUB-TOTAL "F"									0
<b>G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA</b>									
a) Registra Consentimiento informado	Sí	1,5	No	0					
b) Pulcritud:	Estándar/No aplicable	1	No	0					

c) Registro de la hora de Atención	Estándar/No aplicable	1	No	0				
d) Letra legible	Estándar/No aplicable	1	Irregular	0,5	Nunca	0		
e) Registra Médico tratante	Estándar/No aplicable	1	No	0				
f) Sello y firma del médico	Estándar/No aplicable	3	Sólo alguno	1	No existe	0		
SUB.TOTAL "G"								0
<b>TOTAL</b>								0
<b>CALIFICACIÓN:</b>								
<b>ACEPTABLE:</b>	<b>IGUAL O MAYOR DE 80</b>							
<b>POR MEJORAR:</b>	<b>MENOR DE 80</b>							
<b>IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:</b>								
Ausencia de firma y sello del médico tratante								
No existencia del diagnóstico correspondiente con el CIE X								
No sigue los estándares para la atención en Consulta Externa								
Otras:								

<b>V.- INCONFORMIDADES MENORES:</b>	
No consigna hora de atención.	
No señala cantidad de medicación prescrita:	
Otras:	
<b>VI.- CONCLUSIONES:</b>	
<b>VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:</b>	
<b>VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:</b>	

<b>INSTRUCTIVO DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN</b>	
<b>I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:</b>	DATOS DE REGISTRO INTERNO DE LAS AUDITORÍAS
SERVICIO AUDITADO:	SERVICIO SELECCIONADO PARA REALIZAR LA AUDITORÍA
AUDITORÍA DE CONSULTA EXTERNA NÚMERO:	NÚMERO DE REGISTRO DE AUDITORÍA MÉDICA DE HOSPITALIZACIÓN DEL AÑO EN CURSO.
MIEMBRO/S DEL COMITÉ AUDITOR:	NOMBRES COMPLETOS DEL/LOS AUDITORES
ASUNTO:	TEMA SOBRE EL CUAL SE AUDITA
FECHA:	FECHA EN QUE SE REALIZA LA AUDITORÍA
<b>II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:</b>	
ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:	COLOCAR LA ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA
FECHA DE CONSULTA O CONSULTAS:	FECHAS EN LAS QUE EL PACIENTE HA SIDO EVALUADO POR PRIMERA VEZ
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:	CODIGO
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:	CODIGO
DIAGNÓSTICO:	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y/O DEFINITIVO QUE FIGURA EN LA HISTORIA CLÍNICA
<b>III.- OBSERVACIONES:</b>	DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA
<b>A) ESTUDIO CLÍNICO:</b>	
a) Filiación:	SUFICIENTE : SI ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), registra edad y sexo. INCOMPLETA: FALTAN 2 O MÁS DATOS DE FILIACIÓN.NO EXISTE: NO HAY FILIACIÓN.
b) Antecedentes personales no patológicos:	Completos, antecedentes de alimentación, vivienda, hábitos sexuales, parto, desarrollo psicomotor, inmunizaciones:(pediatría), controles prenatales:( obstetricia). Incompletos, cuando falta algunos de los datos. No existe: No se consignan.
c) Antecedentes personales patológicos.	Figura el antecedente patológico y sus características indicando el tratamiento recibido. Incompletos, cuando faltan datos. No existe, no se consignan.
d) Antecedentes Epidemiológicos	Completos: procedencia, viajes realizados, contactos con enfermedades infecto. Contagiosas. Incompletos; faltan algunos datos. No existe; No se consignan.
e) Antecedentes ocupacionales:	COMPLETOS: SI SE CONSIGNAN LOS DATOS OCUPACIONALES (ESTANDAR). INCOMPLETOS: FALTAN DATOS. NO EXISTE: NO HAY.

f) Enfermedad Actual:	COMPLETA Y CONCORDANTE CON LOS PROBLEMAS DE INGRESO: ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico. INCOMPLETA: FALTAN DATOS DEL PROBLEMA. INCOMPLETA Y NO CONCORDANTES CON LOS PROBLEMAS DE INGRESO. NO EXISTE: NO HAY DATOS
g) Examen Clínico:	COMPLETO Y CONCORDANTE CON LA ENF. ACTUAL: ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EXAMEN PREFERENCIAL (ESTANDAR), cuando tiene funciones vitales, (adultos: FC, PA, niños: FC, FR, T y de acuerdo a la patología Peso y Talla. INCOMPLETO: NO ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EX. PREFERENCIAL. INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE CON LA ENFERMEDAD ACTUAL. NO EXISTE: NO HAY DATOS.
h) Nota de ingreso	Completa: Incluye filiación, antecedentes contributivos, examen físico preferencial, diagnósticos y plan de trabajo. Incompleta: Faltan datos. No existe: No se consigna.
i) Plan de trabajo	Completo. Consigna exámenes auxiliares, interconsultas y procedimientos con fechas correspondientes. Incompleto: faltan datos. No existe; No se consigna.
SUB.TOTAL "A"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "A"
<b>B) DIAGNÓSTICOS:</b>	
a) Presuntivo/s:	POSIBILIDADES: ADECUADOS (ESTANDAR), cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y antecedentes. INCOMPLETOS cuando no se han colocado todos los diagnósticos que se pueden desprender de la historia clínica. NO EXISTE.
b) Definitivo/s:	POSIBILIDADES: ADECUADOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR) Cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y exámenes auxiliares. La oportunidad se refiere a la consignación del diagnóstico definitivo en el momento de tener evidencia de él. INCOMPLETO, No figuran todos los diagnósticos que se desprenden de la historia clínica. NO EXISTE.
c) Uso del Código CIE "X"	USO DE LA CODIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
SUB.TOTAL "B"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "B"
<b>C) NOTAS DE EVOLUCIÓN , EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS</b>	
a) Notas de Evolución:	Completas, sigue el sistema SOAP, consigna funciones vitales. Incompletas, Faltan datos. No existe, no se consignan datos.
b) Exámenes de laboratorio	POSIBILIDADES: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR), se solicitan todos los exámenes oportunamente o según se requiera durante la evolución. COMLETOS PERO NO OPORTUNOS. EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. INCOMPLETOS, no se solicitan todos los exámenes necesarios.
c) Exámenes radiológicos	POSIBILIDADES: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR). COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS. EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución, INCOMPLETOS.

d) Interconsultas	POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR). NO OPORTUNOS. EXCESIVAS, que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. INSUFICIENTES.
SUB.TOTAL "C"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "C"
<b>D) NOTAS DE ENFERMERÍA</b>	
a) Evoluciones de enfermería	Completas, registra funciones vitales, medicamento vía, dosis, procedimiento e intercurencias. Incompletas, faltan datos. No existe.
b) Hoja de funciones vitales	Completa, en la hoja gráfica esta registrada la PA, T, FC, FR, en cada uno de los casilleros del formato. Incompleta; faltan datos. No existe.
c) Hoja de balance hídrico	Completa, se consignan todos los datos. Incompleta: faltan datos. No existe.
SUB. TOTAL "D"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "D"
<b>E) TRATAMIENTO:</b>	
a) Tratamiento Sintomático:	Adecuado y suficiente, se registra tipo de dieta, fluido terapia, sintomáticos. Insuficiente, faltan datos. Excesivo, para los diagnósticos planteados.
b) Tratamiento Etiológico	Adecuado y suficiente, tto. Sustentado por el diagnóstico definitivo, o debidamente sustentado en la evolución. Insuficiente, no de acuerdo a los requerimientos. Excesivo, de acuerdo al diagnóstico planteado. No existe a pesar del diagnóstico, hay evidencia de un diagnóstico y no figura el tratamiento.
SUB-TOTAL "E"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "E"
<b>F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES</b>	
a) Evolución	favorable, buena evolución. Desfavorable esperada, por las características de la patología se espera una evolución desfavorable. Desfavorable no esperada, la evolución no es la esperada de acuerdo al diagnóstico.
b) Complicaciones:	POSIBILIDADES: AUSENTES (ESTANDAR). IMPREDECIBLES, no se esperaban de acuerdo a la evolución y tratamiento. EVITABLES, aquellas que se preven de acuerdo a la patología del paciente.
c) Estancia	Adecuada, Estancia en el servicio menor a promedio aceptado para el establecimiento. Insuficiente, Alta antes de superar los problemas motivo de su hospitalización. Prolongada, Estancia mayor al promedio aceptado por el establecimiento.
d) Alta:	POSIBILIDADES: OPORTUNA (ESTANDAR), figura el alta al superar o definir el problema. NO OPORTUNA, alta antes de superar el problema. NO EXISTE A PESAR DE HABER SUPERADO EL PROBLEMA.

e) Especifica indicaciones del Alta	POSIBILIDADES: COMPLETAS (ESTANDAR) . INCOMPLETAS. NO EXISTEN.
SUB-TOTAL "F"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "F"
<b>G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA</b>	
a) Registra consentimiento informado	si. No
b) Pulcritud:	POSIBILIDADES: SI (ESTANDAR), si la historia clínica esta limpia, ordenada, con formatos adecuados , y foliados.. NO EXISTE.
c) Registro de la hora de Atención	POSIBILIDADES: SI EXISTE ( ESTANDAR), NO EXISTE.
d) Letra legible	POSIBILIDADES: SIEMPRE(ESTANDAR), en toda la H.C. , A VECES, en partes de la H.C. NO EXISTE.
e) Registra médico tratante	si. No.
f) Sello y firma del médico	POSIBILIDADES: FIRMA Y SELLO (ESTANDAR). SÓLO FIRMA. NO EXISTE.
SUB.TOTAL "G"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "G"
<b>TOTAL</b>	SUMATORIA DE LOS SUBTOTALES DE LA "A" A LA "G".
<b>IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:</b>	CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR.
	SERÁN CONSIGNADAS POR EL EQUIPO AUDITOR
<b>V.- INCONFORMIDADES MENORES:</b>	CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTANDAR.
	SERÁN CONSIGNADAS POR EL EQUIPO AUDITOR
<b>VI.- CONCLUSIONES:</b>	RESUMEN DE LOS PRINCIPIALES HALLAZGOS EN COMPARACIÓN CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO.
<b>VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:</b>	
<b>VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:</b>	
NOTA:	CUANDO SE ENCUENTRAN DATOS NO APLICABLES, SERÁN CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR, COLOCANDO UN ASTERISCO PARA IDENTIFICAR LA NO APLICACIÓN.



<b>FICHA DE AUDITORÍA DE PACIENTE FALLECIDO</b>	
<b>I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:</b>	
SERVICIO AUDITADO:	
AUDITORÍA DE PACIENTE FALLECIDO	
MIEMBRO/S DEL COMITÉ AUDITOR:	
ASUNTO:	
FECHA:	
<b>II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:</b>	
ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:	
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:	
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:	
DIAGNÓSTICO:	
<b>III.- OBSERVACIONES:</b>	
<b>A) ESTUDIO CLÍNICO:</b>	

a) Filiación:	Estándar/No aplicable	2	Insuficiente	1	No existe	0			
b) Antecedentes personales no patológicos:	Estándar/No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0			
c) Antecedentes personales patológicos	Estándar/No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0			
d) Antecedentes epidemiológicos	Estándar/No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0			
e) Antecedentes ocupacionales	Estándar/No aplicable	1	No existe	0					
f) Enfermedad Actual:	Completa y concordante con los problemas de ingreso	5	Incompletas	3	Incompletos y no concordante con el/los problemas de ingreso	1	No existe	0	
g) Examen Clínico:	Completa y concordante con la enfermedad actual.	5	Incompleto	3	Incompletos y no concordante con la enfermedad actual	1	No existe	0	
h) Nota de ingreso	Completa	2	Incompletas	1	No existe	0			
i) Plan de Trabajo	Completo	2	Incompleto	1	No existe	0			
j) Epicrisis	Completa	2	Incompleta	1	No existe	0			
SUB.TOTAL "A"									0
<b>B) DIAGNÓSTICOS:</b>									

a) Presuntivo/s:	Estándar/No aplicable	5	Incompletos	3	No existe	0			
b) Definitivo/s:	Estándar/No aplicable	8	Incompletos	5	Incompletos y no oportunos	2	No existe	0	
c) Diagnóstico de certificado de defunción	Adecuado y concordante con el diagn. Definitivo	4	No concordante con el diagn. Definitivo	2	Inadecuado	1	No existe	0	
d) Necropsia	si	3	no	0					
e) Uso del Código CIE "X"	Estándar/No aplicable	2	No	0					
SUB.TOTAL "B"									0
<b>C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS</b>									
a) Notas de evolución	Completas	4	Incompletas	2	No existe	0			
b) Informe de defunción	Suficiente y concordante con el certificado de defunción	2	Insuficiente y no concordante	1	No existe	0			
c) Exámenes de laboratorio	Estándar/No aplicable	4	completos y no oportunos	2	excesivos	1	Incompletos	0	
d) Exámenes radiológicos	Estándar/No aplicable	4	completos y no oportunos	2	excesivos	1	Incompletos	0	
e) Interconsultas	Estándar/No aplicable	4	No oportunas	2	excesivas	1	Insuficientes	0	
SUB.TOTAL "C"									0

<b>D) NOTAS DE ENFERMERÍA</b>									
a) Evoluciones de enfermería	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0			
b) Hoja de funciones Vitales	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0			
c) Hoja de balance hídrico	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0			
SUB-TOTAL "D"									0
<b>E) TRATAMIENTO:</b>									
a) De soporte o sintomático	Estándar/No aplicable	5	Insuficiente	3	excesivos	2	No existe	0	
b) Etiológico	Estándar/No aplicable	9	Insuficiente	5	excesivos	3	No existe	0	
SUB-TOTAL "E"									0
<b>F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES</b>									
a) Evolución:	Estándar/No aplicable	5	Desfavorable esperada	3	Desfavorable no esperada	0			
b) Complicaciones:	Estándar/No aplicable	5	Impredecibles	3	Evitables	0			
c) Estancia	Adecuada	4	Prolongada	0					
SUB-TOTAL "F"									0

G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA									
a) Registra Consentimiento informado	si	1,5	No	0					
b) Pulcritud:	Estándar/No aplicable	1	No	0					
c) Registro de la hora de Atención	Estándar/No aplicable	1	No	0					
d) Letra legible	Estándar/No aplicable	1	Irregular	0,5	Nunca	0			
e) Registra Médico tratante	Estándar/No aplicable	1	No	0					
f) Sello y firma del médico	Estándar/No aplicable	3	Sólo alguno	1	No existe	0			
SUB.TOTAL "G"									0
<b>TOTAL</b>									0
<b>CALIFICACIÓN:</b>									
<b>ACEPTABLE:</b>	<b>IGUAL O MAYOR DE 80</b>								
<b>POR MEJORAR</b>	<b>MENOR DE 80</b>								
<b>IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:</b>									
Ausencia de firma y sello del médico tratante									
No existencia del diagnóstico correspondiente con el CIE X									

No sigue los estándares para la atención en Consulta Externa	
Otras:	
<b>V.- INCONFORMIDADES MENORES:</b>	
No consigna hora de atención.	
No señala cantidad de medicación prescrita:	
Otras:	
<b>VI.- CONCLUSIONES:</b>	
<b>VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:</b>	
<b>VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:</b>	

<b>INSTRUCTIVO DE AUDITORÍA DE PACIENTES FALLECIDOS</b>	
<b>I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:</b>	DATOS DE REGISTRO INTERNO DE LAS AUDITORÍAS
SERVICIO AUDITADO:	SERVICIO SELECCIONADO PARA REALIZAR LA AUDITORÍA
AUDITORÍA DE PACIENTE FALLECIDO No:	NÚMERO DE REGISTRO DE AUDITORÍA MÉDICA DE HOSPITALIZACIÓN DEL AÑO EN CURSO.
MIEMBRO/S DEL COMITÉ AUDITOR:	NOMBRES COMPLETOS DEL/LOS AUDITORES
ASUNTO:	TEMA SOBRE EL CUAL SE AUDITA
FECHA:	FECHA EN QUE SE REALIZA LA AUDITORÍA
<b>II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:</b>	
ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:	COLOCAR LA ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA
FECHA DE CONSULTA O CONSULTAS:	FECHAS EN LAS QUE EL PACIENTE HA SIDO EVALUADO POR PRIMERA VEZ
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:	CODIGO
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:	CODIGO
DIAGNÓSTICO:	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y/O DEFINITIVO QUE FIGURA EN LA HISTORIA CLÍNICA
<b>III.- OBSERVACIONES:</b>	DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA
<b>A) ESTUDIO CLÍNICO:</b>	
a) Filiación:	SUFICIENTE: SI ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), registra edad y sexo. INCOMPLETA: FALTAN 2 O MÁS DATOS DE FILIACIÓN NO EXISTE: NO HAY FILIACIÓN.
b) Antecedentes personales no patológicos:	Completos, antecedentes de alimentación, vivienda, hábitos sexuales, parto, desarrollo psicomotor, inmunizaciones:(pediatría), controles prenatales: ( obstetricia). Incompletos, cuando falta algunos de los datos. No existe: No se consignan.
c) Antecedentes personales patológicos.	Figura el antecedente patológico y sus características indicando el tratamiento recibido. Incompletos, cuando faltan datos. No existe, no se consignan.
d) Antecedentes Epidemiológicos	Completos: procedencia, viajes realizados, contactos con enfermedades infecto. Contagiosas. Incompletos; faltan algunos datos. No existe; No se consignan.
e) Antecedentes ocupacionales:	COMPLETOS: SI SE CONSIGNAN LOS DATOS OCUPACIONALES (ESTANDAR). INCOMPLETOS: FALTAN DATOS. NO EXISTE: NO HAY.

f) Enfermedad Actual:	COMPLETA Y CONCORDANTE CON LOS PROBLEMAS DE INGRESO: ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico. INCOMPLETA: FALTAN DATOS DEL PROBLEMA. INCOMPLETA Y NO CONCORDANTES CON LOS PROBLEMAS DE INGRESO. NO EXISTE: NO HAY DATOS
g) Examen Clínico:	COMPLETO Y CONCORDANTE CON LA ENF. ACTUAL: ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EXAMEN PREFERENCIAL (ESTANDAR), cuando tiene funciones vitales, (adultos: FC, PA, niños: FC, FR, T y de acuerdo a la patología Peso y Talla. INCOMPLETO: NO ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EX. PREFERENCIAL. INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE CON LA ENFERMEDAD ACTUAL. NO EXISTE: NO HAY DATOS.
h) Nota de ingreso	Completa: Incluye filiación, antecedentes contributivos, examen físico preferencial, diagnósticos y plan de trabajo. Incompleta: Faltan datos. No existe: No se consigna.
i) Plan de trabajo	Completo. Consigna exámenes auxiliares, interconsultas y procedimientos con fechas correspondientes. Incompleto: faltan datos. No existe; No se consigna.
j) Epicrisis	Completa, fecha de ingreso, fecha de alta, diag. Final, nombre, sexo, edad, procedencia, historia médica anterior, historia médica actual, estudios realizados, evolución, problemas pendientes de estudio, condición al alta, descanso médico, transferencias, firma y sello del médico tratante, jefe del servicio. Incompleta, faltan datos.
SUB.TOTAL "A"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "A"
<b>B) DIAGNÓSTICOS:</b>	
a) Presuntivo/s:	POSIBILIDADES: ADECUADOS (ESTANDAR), cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y antecedentes. INCOMPLETOS cuando no se han colocado todos los diagnósticos que se pueden desprender de la historia clínica. NO EXISTE.
b) Definitivo/s:	POSIBILIDADES: ADECUADOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR) Cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y exámenes auxiliares. La oportunidad se refiere a la consignación del diagnóstico definitivo en el momento de tener evidencia de él. INCOMPLETO, No figuran todos los diagnósticos que se desprenden de la historia clínica. NO EXISTE.
c) Uso del Código CIE "X"	USO DE LA CODIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
SUB.TOTAL "B"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "B"



<b>C) NOTAS DE EVOLUCIÓN , EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS</b>	
a) Notas de Evolución:	Completas, sigue el sistema SOAP, consigna funciones vitales. Incompletas, Faltan datos. No existe, no se consignan datos.
b) Informe de defunción	suficiente y concordante con el certificado de defunción, formato lleno y los diagnósticos son concordantes. Insuficiente y no concordante, faltan datos. No existe.
c) Exámenes de laboratorio	POSIBILIDADES: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR), se solicitan todos los exámenes oportunamente o según se requiera durante la evolución. COMLETOS PERO NO OPORTUNOS. EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. INCOMPLETOS, no se solicitan todos los exámenes necesarios.
d) Exámenes radiológicos	POSIBILIDADES: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR). COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS. EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución, INCOMPLETOS.
e) Interconsultas	POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR). NO OPORTUNOS. EXCESIVAS, que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. INSUFICIENTES.
SUB.TOTAL "C"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "C"
<b>D) NOTAS DE ENFERMERÍA</b>	
a) Evoluciones de enfermería	Completas, registra funciones vitales, medicamento vía, dosis, procedimiento e interurrencias. Incompletas, faltan datos. No existe.
b) Hoja de funciones vitales	Completa, en la hoja gráfica esta registrada la PA, T, FC, FR, en cada uno de los casilleros del formato. Incompleta; faltan datos. No existe.
c) Hoja de balance hídrico	Completa, se consignan todos los datos. Incompleta: faltan datos. No existe.
SUB. TOTAL "D"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "D"
<b>E) TRATAMIENTO:</b>	
a) Tratamiento Sintomático:	Adecuado y suficiente, se registra tipo de dieta, fluido terapia, sintomáticos. Insuficiente, faltan datos. Excesivo, para los diagnósticos planteados.
b) Tratamiento Etiológico	Adecuado y suficiente, tto. Sustentado por el diagnóstico definitivo, o debidamente sustentado en la evolución. Insuficiente, no de acuerdo a los requerimientos. Excesivo, de acuerdo al diagnóstico planteado. No existe a pesar del diagnóstico, hay evidencia de un diagnóstico y no figura el tratamiento.

SUB-TOTAL "E"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "E"
<b>F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES</b>	
a) Evolución	favorable, buena evolución. Desfavorable esperada, por las características de la patología se espera una evolución desfavorable. Desfavorable no esperada, la evolución no es la esperada de acuerdo al diagnóstico.
b) Complicaciones:	POSIBILIDADES: AUSENTES (ESTANDAR). IMPREDECIBLES, no se esperaban de acuerdo a la evolución y tratamiento. EVITABLES, aquellas que se preveen de acuerdo a la patología del paciente.
c) Estancia	Adecuada, Estancia en el servicio menor a promedio aceptado para el establecimiento. Insuficiente, Alta antes de superar los problemas motivo de su hospitalización. Prolongada, Estancia mayor al promedio aceptado por el establecimiento.
SUB-TOTAL "F"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "F"
<b>G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA</b>	
a) Registra consentimiento informado	si. No
b) Pulcritud:	POSIBILIDADES: SI (ESTANDAR), si la historia clínica esta limpia, ordenada, con formatos adecuados , y foliados.. NO EXISTE.
c) Registro de la hora de Atención	POSIBILIDADES: SI EXISTE ( ESTANDAR), NO EXISTE.
d) Letra legible	POSIBILIDADES: SIEMPRE(ESTANDAR), en toda la H.C. , A VECES, en partes de la H.C. NO EXISTE.
e) Registra médico tratante	si. No.
f) Sello y firma del médico	POSIBILIDADES: FIRMA Y SELLO (ESTANDAR). SÓLO FIRMA. NO EXISTE.
SUB.TOTAL "G"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "G"
<b>TOTAL</b>	SUMATORIA DE LOS SUBTOTALES DE LA "A" A LA "G".
<b>IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:</b>	CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR.
<b>V.- INCONFORMIDADES MENORES:</b>	CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTANDAR.
<b>VI.- CONCLUSIONES:</b>	RESUMEN DE LOS PRINCIPLAES HALLAZGOS EN COMPARACIÓN CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO.

<b>VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:</b>	
<b>VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:</b>	
	CUANDO SE ENCUENTRAN DATOS NO APLICABLES, SERÁN CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR.

## FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA

### I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:

SERVICIO AUDITADO:	
AUDITORÍA DE EMERGENCIA NÚMERO:	
MIEMBRO/S DEL COMITÉ AUDITOR:	
ASUNTO:	
FECHA:	

### II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:

CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:	
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:	
DIAGNÓSTICO:	

### III.- OBSERVACIONES:

#### A) ESTUDIO CLÍNICO:

a) Filiación:	Estándar/No aplica	2	Insuficiente	1	No existe	0		
b) Antecedentes contributorios:	Estándar/No aplica	1	Incompletos	0,5	No existe	0		

c) Antecedentes ocupacionales:	Estándar/No aplica	1	Incompletos	0,5	No existe	0		
d) Enfermedad Actual:	Estándar/No aplica	7	Incompleta	4	Incompletas y no concordante con el/ los problemas de ingreso	2	No existe	0
e) Funciones Vitales	Estándar	2	Incompletos	1	No existe	0		
f) Examen Clínico:	Estándar/No aplica	8	Incompleto	4	Incompletas y no concordante con el/ los problemas de ingreso	2	No existe	0
g) Plan de trabajo	Completo	2	Incompleto	1	No existe	0		
SUB.TOTAL "A"								
<b>B) DIAGNÓSTICOS:</b>								
a) Presuntivo/s:	Estándar/No aplica	5	Incompletos	3	No existe	0		
b) Definitivo/s:	Estándar/No aplica	8	Incompletos	4	Incompletos y no oportunos	2	No existe	0
c) Pronóstico	Concordante con el diagnóstico	4	No concordante con el diagnóstico	2	No existe	0		
SUB.TOTAL "B"								

C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS								
a) Identificación de problemas en evolución	si	4	No	2				
b) Examen clínico de evolución	Completo (estándar)	4	Incompleto	2	Incompleto y no concordante	1	No existe	0
b) Exámenes de laboratorio	Estándar/No aplica	3	Suficientes y no oportunos	2	excesivos	1	Insuficientes	0
c) Exámenes radiológicos	Estándar/No aplica	3	Suficientes y no oportunos	2	excesivos	1	Insuficientes	0
d) Diagnósticos de evolución	Estándar/No aplica	2	Incompletos y no concordantes	1	No existe	0		
e) Plan de trabajo de evolución	Estándar/No aplica	2	Incompleto	1	No existe	0		
f) Interconsultas	Estándar/No aplica	3	No oportunas	2	excesivos	1	Insuficientes	0
SUB.TOTAL "C"								
D) NOTAS DE ENFERMERIA								
a) Evoluciones de enfermería	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0		
b) Hoja de funciones Vitales	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0		
c) Hoja de balance hídrico	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0		
SUB-TOTAL "D"								

E) TRATAMIENTO:								
a) Tratamiento de soporte o sintomático:	Estándar/No aplica	4	Insuficiente	2	excesivos	1		
b) Etiológico	Estándar/No aplica	8	Insuficiente	4	excesivos	2	No existe	0
SUB. TOTAL "E"								
F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES								
a) Evolución:	Estándar/No aplica	6	Desfavorable esperada	3	Desfavorable no esperada	0		
b) Complicaciones:	Estándar/No aplica	6	Impredecibles	3	Evitables	0		
c) Estancia	Estándar/No aplica	1	Insuficiente	0,5	Prolongada	0		
d) Especifica indicaciones del Alta	Estándar/No aplica	1	Incompletas	0,5	No existe	0		
SUB-TOTAL "F"								
G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA								
a) Pulcritud:	Estándar/No aplica	1	No	0				
b) Registro de la hora de Atención	Estándar/No aplica	1	No	0				
c) Letra legible	Estándar/No aplica	1	No	0				
d) Sello y firma del médico	Estándar/No aplica	2	Sólo alguno	1	No existe	0		

SUB.TOTAL "G"								
<b>TOTAL</b>								
<b>ACEPTABLE:</b>	<b>IGUAL O MAYOR DE 80</b>							
<b>POR MEJORAR:</b>	<b>MENOR DE 80</b>							
<b>IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:</b>								
<b>V.- INCONFORMIDADES MENORES:</b>								
<b>VI.- CONCLUSIONES:</b>								
<b>VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:</b>								
<b>VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:</b>								
<b>NOTA: CUANDO EL DATO NO APLICA SE COLOCA EL MAYOR PUNTAJE COLOCANDO UN ASTERISCO PARA IDENTIFICAR LA CANTIDAD DE DATOS QUE NO APLICAN.</b>								



<b>INSTRUCTIVO PARA LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA</b>	
<b>I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:</b>	DATOS DE REGISTRO INTERNO DE LAS AUDITORÍAS
SERVICIO AUDITADO:	SERVICIO SELECCIONADO PARA REALIZAR LA AUDITORÍA
AUDITORÍA DE EMERGENCIA NÚMERO:	NÚMERO DE REGISTRO DE AUDITORÍA MÉDICA DE EMERGENCIA DEL AÑO EN CURSO.
MIEMBRO/S DEL COMITÉ AUDITOR:	NOMBRES COMPLETOS DEL/LOS AUDITORES
ASUNTO:	TEMA SOBRE EL CUAL SE AUDITA
FECHA:	FECHA EN QUE SE REALIZA LA AUDITORÍA
<b>II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:</b>	
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:	CODIGO
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:	CODIGO
DIAGNÓSTICO:	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y/O DEFINITIVO QUE FIGURA EN LA HISTORIA CLÍNICA
<b>III.- OBSERVACIONES:</b>	DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA
<b>A) ESTUDIO CLÍNICO:</b>	
a) Filiación:	COMPLETA: SI ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), registra edad y sexo. INCOMPLETA: FALTAN 2 O MÁS DATOS DE FILIACIÓN.NO EXISTE: NO HAY FILIACIÓN.
b) Antecedentes contributorios:	COMPLETOS: SI ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), cuando está consignado el antecedente patológico y_o epidemiológico que pueden ayudar en el diagnostico y_o tratamiento del problema actual. INCOMPLETA: FALTAN 2 O MÁS DATOS DE FILIACIÓN.NO EXISTE: NO HAY .
c) Antecedentes ocupacionales:	COMPLETOS: SI SE CONSIGNAN LOS DATOS OCUPACIONALES (ESTANDAR). INCOMPLETOS: FALTAN DATOS. NO EXISTE: NO HAY.
d) Enfermedad Actual:	COMPLETA. ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico de ingreso y/ o diagnóstico, CON ÉNFASIS EN AQUELLOS QUE SON MOTIVO DE LA CONSULTA. INCOMPLETO: no e describen los hallazgos de todos los aparatos y sistemas. INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE: FALTAN DATOS DEL PROBLEMA, los hallazgos no se correlacionan. NO EXISTE: NO HAY DATOS
e) Funciones Vitales	COMPLETO: ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EXAMEN PREFERENCIAL (ESTANDAR), cuando tiene funciones vitales, (adultos: FC, PA, T, FR. INCOMPLETA: NO ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EX. PREFERENCIAL. NO EXISTE: NO HAY DATOS.

f) Examen Clínico:	COMPLETO. ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico de ingreso y/ o diagnóstico, CON ÉNFASIS EN AQUELLOS QUE SON MOTIVO DE LA CONSULTA. INCOMPLETO: faltan datos. INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE: FALTAN DATOS DEL PROBLEMA, los hallazgos no se correlacionan. NO EXISTE: NO HAY DATOS
g) Plan de trabajo	COMPLETO: se consignan exámenes auxiliares solicitados, interconsultas, procedimientos. La fecha de solicitud debe estar actualizada. INCOMPLETO: falta datos. NO EXISTE.
SUB.TOTAL "A"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "A"
<b>B) DIAGNÓSTICOS:</b>	
a) Presuntivo/s:	POSIBILIDADES: ADECUADOS, cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y antecedentes. INCOMPLETOS cuando no se han colocado todos los diagnósticos que se pueden desprender de la historia clínica. NO EXISTE.
b) Definitivo/s:	POSIBILIDADES: ADECUADOS Y OPORTUNOS: Cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y exámenes auxiliares. La oportunidad se refiere a la consignación del diagnostico definitivo en el momento de tener evidencia de él. INCOMPLETOS, No figuran todos los diagnósticos que se desprenden de la historia clínica. INCOMPLETOS Y NO OPORTUNOS. NO EXISTE.
c) Pronóstico	COJNCORDANTE CON EL DIAGNÓSTICO, existe y guarda relación con el diagnóstico. NO CONCORDANTE CON EL DIAG. , no guarda relación con el diag. Planteado.
SUB.TOTAL "B"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "B"
<b>C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS</b>	
a) Identificación de problemas en evolución	POSIBILIDADES: EXISTEN COMPLETAS (ESTANDAR) siguen el sistema SOAP y consignan funciones vitales. NO EXISTEN.
b) Examen clínico de evolución	COMPLETO Y CONCORDANTE CON LA H.C., todas las evoluciones tienen examen clínico. INCOMPLETO, faltan datos. INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE, faltan datos y no hay correlación. NO EXISTE.
C) Interpretación de Exámenes Complementarios	POSIBILIDADES: COMPLETOS, se interpretan haciendo unidad clínica con la H.C. INCOMPLETOS: Cuando alguno de los anteriores no es interpretado.

d) Exámenes de Laboratorio	POSIBILIDADES: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR). COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS. EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. INCOMPLETOS, NO SE SOLICITA LO REQUERIDO.
e) Exámenes radiológicos	POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR). SUFICIENTES PERO NO OPORTUNOS. EXCESIVOS, que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. INCOMPLETOS.
f) Diagnósticos de evolución	COMPLETOS Y CONCORDANTES, deben figurar todos los diagnósticos. INCOMPLETOS, . Y NO CONCORDANTES, faltan algunos diagnósticos. NO EXISTE
g) Plan de trabajo de evolución	POSIBILIDADES: COMPLETO Y CONCORDANTE CON DIAGNÓSTICOS (ESTANDAR), sustentado por el diagnóstico definitivo o debidamente sustentado en la evolución. INCOMPLETO Y CONCORDANTE, de acuerdo a los diagnósticos sustentados en la H.C. NO EXISTE.
f) Interconsultas	OPORTUNAS Y SUFICIENTES, cuando se solicitan las interconsultas necesarias al ingreso y durante la evolución NO OPORTUNAS, EXCESIVAS. INSUFICIENTES
SUB.TOTAL "C"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "C"
<b>D) NOTAS DE ENFERMERIA</b>	
a) Evoluciones de enfermería	COMPLETAS: registra funciones vitales, medicamento, vía, dosis, procedimientos, intercurrencias. INCOMPLETAS . NO EXISTE
b) Hoja de funciones Vitales	COMPLETAS: PA, T, FC, FR. INCOMPLETAS . NO EXISTE
c) Hoja de balance hídrico	POSIBILIDADES: COMPLETAS (ESTANDAR) . INCOMPLETAS. NO EXISTEN.
SUB-TOTAL "D"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "D"
<b>E) TRATAMIENTO:</b>	
a) Tratamiento de soporte o sintomático:	ADECUADO Y SUFICIENTE, registra tipo de dieta , fluidoterapia, sintomáticos. INSUFICIENTE. EXCESIVO.
b) Etiológico	
SUB. TOTAL "E"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "E"

<b>F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES</b>	
a) Evolución:	FAVORABLE, DESFAVORABLE Y ESPERADA, DESFAVORABLE NO ESPERADA
b) Complicaciones:	AUSENTES, IMPREDECIBLES, EVITABLES.
c) Estancia	ADECUADA, INSUFICIENTE, PROLONGADA ( DE ACUERDO A LOS ESTANDARES)
d) Especifica indicaciones del Alta	ADECUADAS, NO EXISTEN.
SUB-TOTAL "F"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "F"
<b>G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA</b>	
a) Pulcritud:	POSIBILIDADES: SI (ESTANDAR), si la historia clínica esta limpia, ordenada, con formatos adecuados , y foliados.. NO EXISTE.
b) Registro de la hora de Atención	SI. NO
c) Letra legible	POSIBILIDADES: SI EXISTE ( ESTANDAR), NO EXISTE.
d) Sello y firma del médico	POSIBILIDADES: SIEMPRE (ESTANDAR), en toda la H.C. , A VECES, en partes de la H.C. NO EXISTE.
SUB.TOTAL "G"	POSIBILIDADES: FIRMA Y SELLO (ESTANDAR). SÓLO FIRMA. NO EXISTE.
<b>TOTAL</b>	SUMATORIA DE LOS SUBTOTALES DE LA "A" A LA "G".
<b>IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:</b>	CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR. SE COLOCARAN DE ACUERDO AL CRITERIO DEL EQUIPO AUDITOR
<b>V.- INCONFORMIDADES MENORES:</b>	CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTANDAR. SE COLOCAN DE ACUERDO AL CRITERIO DEL EQUIPO AUDITOR.
<b>VI.- CONCLUSIONES:</b>	RESUMEN DE LOS PRINCIPIALES HALLAZGOS EN COMPARACIÓN CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO.
<b>VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:</b>	
<b>VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:</b>	

\* CUANDO SE ENCUENTRAN DATOS NO APLICABLES, SERÁN CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR.