

## Resolución Directoral

Chancay, 11 de Marzo del 2022

### VISTO:

El Memorandum No 008-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-HCH-SBS/UGC., Suscrita por el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad el cual contiene el "Plan Anual de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud 2022 del Hospital de Chancay y SBS Dr.- Hidalgo Atoche López; y

### CONSIDERANDO:

Que, en los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley No 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Decreto Supremo No 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuyo objetivo es establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial No 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", siendo su objetivo establecer principios, normas, metodologías y procesos para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la Calidad de atención en los Servicios de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial No 502-2016, que aprueba la Norma Técnica No 029-MINSA/DIGEPRES.V.02 "Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud", siendo su objetivo establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoria de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos;

Que, mediante Resolución Ministerial No 214 – 2018/MINSA, se aprueba la Norma Técnica No 139/MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de las Historias Clínicas;

Que, acorde al documento del visto y con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos,



resulta necesario atender lo solicitado por la Jefa de la Unidad de Logística del Hospital de Chancay y SBS, en tal sentido es conveniente emitir el acto resolutorio de aprobación del "Plan Anual de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud 2022 del Hospital de Chancay y SBS Dr.- Hidalgo Atoche López".

Estando a lo expuesto, y con las visaciones de la Dirección Administrativa, Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica del Hospital de Chancay y Servicios Básicos de Salud "Dr. Hidalgo Atoche López";



Con las facultades conferidas en los Artículos 7° y 8° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital de Chancay y SBS, aprobado por la Ordenanza Regional N°008-2014 CR-RL, y Resolución Directoral N° 067-2022-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-DG.

**SE RESUELVE:**



**ARTÍCULO 1°.** – **APROBAR** a partir de la fecha el "Plan Anual de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud 2022 del Hospital de Chancay y SBS Dr.- Hidalgo Atoche López". Cuyo anexo forma parte integrante de la presente Resolución Directoral; por las razones expuestas en la parte considerativa

**ARTÍCULO 2°.** – **ENCARGAR** al la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Chancay y SBS, realice la difusión, supervisión y monitoreo de lo establecido en la presente Resolución.



**ARTÍCULO 3°.** – **DISPONER** a la Oficina de Comunicaciones, la publicación de la presente resolución Directoral en el portal de transparencia en la página web del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López".

**ARTICULO 4°.- DEJAR SIN EFECTO**, cualquier disposición que se oponga a lo dispuesto por la presente Resolución

Regístrese, Comuníquese y Cumplase;

  
GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS - Dr. Hidalgo Atoche López  
Dr. CARLOS ALBERTO PAU DULANTO  
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS  
CMP 36446

Transcrita:

- ( ) Dirección Ejecutiva
- ( ) Dirección Administrativa
- ( ) Oficina de Planeamiento Estratégico.
- ( ) Unidad de Calidad
- ( ) Asesoría Legal
- ( ) Oficina de Comunicaciones
- ( ) Archivo.





## *Plan anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2022*



**Director Ejecutivo**  
**Dr. Carlos Alberto Pau Dulanto**

**Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad**  
**MG. LUZ CARMEN RAMIREZ RUIZ**

 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López"

Mg. Luz Carmen Ramírez Ruiz  
CEP 20218 - RNE 6067  
Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad

# COMITÉS DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA SALUD HOSPITAL DE CHANCAY - 2022

## PRESENTACIÓN

El ejercicio de Auditoría en Salud se efectúa en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad de la calidad de atención de salud. Permite evaluar el desempeño de los diversos actores en los procesos asistenciales, controlando el cumplimiento de normas y procedimientos establecidos para la atención de salud. Uno de los procesos más importantes de auditoría de la calidad de atención en salud es la auditoría médica, entendida como la evaluación de la atención medica prestada, contrastándola con guías de práctica clínica y estándares previamente aceptados, a partir del registro de la Historia Clínica.

El presente Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2022 tiene por finalidad alcanzar la mayor eficiencia en la prestación del servicio de salud, mejorar la calidad de las atención médica y no médica, 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.

Los Sistemas de Salud están orientados a brindar atención integral a las personas, que incluyan la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud. Los servicios de Salud respondiendo al desarrollo del perfil epidemiológico, y al avance de la ciencia y la tecnología en salud, brindan atenciones cada vez más complejas para responder a la demanda variada y con frecuencia complicada.

En el marco de la NT. N°029 –MINS/DIGEPRES-v.02 Norma técnica de salud de auditoría de calidad en la atención se está considerando dos equipos de auditoría: de calidad en salud conformado profesionales no médicos involucrados en la atención de salud, y comité de auditoría medica conformado exclusivamente por profesionales médicos. El objetivo primordial de ambos es mejorar calidad de registros en la historia clínica identificando nudos críticos que permitan desarrollar acciones y proyectos de mejora que minimice le riesgo de exposición a daños al paciente y por ende contribuir en la mejora de la calidad en salud.



# ÍNDICE

## CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	2
ÍNDICE.....	3
1. INTRODUCCION.....	4
2. FINALIDAD.....	4
3. OBJETIVO GENERAL.....	4
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	4
5. BASE LEGAL.....	5
6. ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	6
8. ACTIVIDADES .....	9
9. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	10



# **PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD**

## **1. INTRODUCCION**

La Auditoria en Salud es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizado por un equipo de profesionales médicos y no médicos, cuya finalidad es mejorar la calidad de atención, con la participación de los diversos grupos de profesionales. Constituye una herramienta de componente de Garantía de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

El presente Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud se ha elaborado en mérito al cumplimiento de lo estipulado en la norma técnica N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 “Norma Técnica de Salud de la Auditoria de la calidad de la Atención en Salud” aprobado con RD. N° 502-2016/MINSA de fecha 15 de Julio del 2016 y cumplirá según la metodología en el marco normativo que contempla actividades que dan mayor énfasis a la calidad de atención, e incluye la Auditoria de Gestión Clínica en la que se continua con la evaluación de los registros asistenciales, labor que se continuará, siendo lo más importante el seguimiento de las recomendaciones que de estas evaluaciones se desprenden, por lo que a través de la Unidad de Gestión de la Calidad se viene haciendo entrega de una calificación individualizada a cada departamento y servicio asistencial del Hospital de Chancay y SBS “Dr. Hidalgo Atoche López”.

## **2. FINALIDAD**

Contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los departamentos y servicios del Hospital de Chancay y SBS “Dr. Hidalgo Atoche López”.

## **3. OBJETIVO GENERAL**

- Mejorar la calidad de atención en salud en el Hospital de Chancay.
- Implementar mejoras en los procesos de atención del hospital de chancay.

## **4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los procesos deficientes y dar recomendaciones para su corrección a la autoridad correspondiente mediante la ejecución de las auditorias programadas y las auditorias de caso dentro del ámbito estricto del mejoramiento continuo de la calidad de atención en salud.
- Hacer cumplir los principios, normas, metodologías y procesos establecidos para una atención de calidad en salud mediante el seguimiento de la implementación de las recomendaciones dadas



- Conocer la calidad de los registros, verificando que en la Historia Clínica se consigne todos los antecedentes del paciente los cuales deben encontrarse legibles y acordes a los estándares de calidad.
- Analizar la calidad de la atención médica según normas y estándares predeterminados.
- Verificar el cumplimiento correcto de lo dispuesto en la norma de historia clínica del ministerio de salud.
- Analizar los diferentes procesos de atención
- Análisis de los resultados de la atención del paciente que estén de acuerdo con el uso de los instrumentos técnico clínicos, pre establecido por el establecimiento de salud de acuerdo a lo estipulado en las normatividad de salud.
- Realizar proyectos de mejora de la calidad de atención, los cuales sean sostenibles y efectivos.
- Fortalecer las capacidades de los profesionales de la salud en el manejo de la normatividad vigente y la adherencia a las guías de atención y procedimientos clínicos.
- Contar con personal capacitado en auditoria en salud en el Hospital de Chancay, según normativa vigente

## 5. **BASE LEGAL.**

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 072-2003-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial No 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.



- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Política Nacional de Calidad en Salud”.
- Decreto Supremo N° 023-2021-SA Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que contiene el listado actualizado de condiciones asegurables, intervenciones y prestaciones a financiar, así como las garantías explícitas, conforme al Anexo I-A y Anexo I-B
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1159, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el Sector Público.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA. Aprobar las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 034-2015-SA, que aprueba el Reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud Apruébese el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (ROF MINSA) que consta de 5 Títulos; 138 artículos y un (1) Anexo, que forman parte integrante del presente Decreto Supremo. Modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba N.T. N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 “Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la NT N° 139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.

## 6. **ÁMBITO DE APLICACIÓN**

El presente Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud es de aplicación en todos los departamentos y servicios que conforman el Hospital Chancay y SBS “Dr. Hidalgo Atoche López”.





## 7. DEFINICIONES OPERATIVAS

1. **AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.-** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de **manera individual**, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
2. **AUDITORÍA INTERNA.-**Tipo de Auditoría realizada por el Comité de Auditoría del establecimiento en salud para una atención que se realizó allí mismo.
3. **AUDITORÍA EXTERNA.-**Tipo de Auditoría realizada por un Comité de Auditoría ajeno al establecimiento de salud donde se realizó la atención auditada.
4. **AUDITORÍA MÉDICA.-** Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada.
5. **AUDITORÍA EN SALUD.-**Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad
6. **AUDITORÍA PROGRAMADA.-** Tipo de Auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial. Están incluidos en el Plan Anual.
7. **AUDITORÍA DE CASO.-**Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada.
8. **AUDITORÍA REGULAR/ORDINARIA.-**Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza de manera programada, puede ser auditoría interna o externa, auditoría médica o auditoría en salud, que evalúa la calidad de atención brindada.
9. **AUDITORÍA DIRIMENTE.-** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza en determinadas circunstancias y dispuesta por la Autoridad de Salud. Establece la evaluación definitiva cuando tiene el antecedente de Auditorías de la Calidad previas sobre el mismo incidente clínico, y que han tenido conclusiones contradictorias u objetables. Se dispone como Auditoría de Caso y es externa.
10. **AUDITORÍA DE GESTIÓN CLÍNICA.-** Una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada.
11. **ACCIÓN CORRECTIVA.-** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseada.



12. **ACCIÓN PREVENTIVA.-** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseada.
13. **ACTO MÉDICO.-** Toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.
14. **CALIDAD DE LA ATENCIÓN.-** Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.
15. **CAUSA.-** Razón o motivo fundamental que ocasiona la condición, y que para la auditoría se relaciona al incumplimiento del criterio. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría de Caso.
16. **CONCLUSIÓN.-** Juicio de carácter profesional, basado en hechos objetivos y probados, y el desarrollo de la ciencia y la tecnología de la salud, aplicados a la auditoría realizada.
17. **CONDICIÓN.-** Descripción del hallazgo, situación irregular o deficiencia encontrada, cuyo grado de desviación debe ser demostrado con evidencia objetiva. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría de Caso.
18. **CONSENTIMIENTO INFORMADO.-** Es la autorización expresa que el paciente o su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, otorga al profesional de la salud respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, además de los beneficios.
19. **CRITERIO.-** Es aquel dispositivo legal, documento normativo, disposición, parámetro o requisito, basado en evidencias científicas, que ha sido vulnerado o incumplido, y que genera que se afecte la calidad de atención.
20. **EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL REGISTRO.-** Verificación seriada o muestra de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia Clínica; incluye los registros médicos, de enfermería, de obstetricia, de odontología, de tecnología médica, y otros, según corresponda.
21. **EVENTO CENTINELA.-** Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.
24. **EVIDENCIA DE LA AUDITORÍA.-** Son registros, declaraciones de hechos o cualquier información objetiva o demostrable que sustenta la existencia o veracidad de los hallazgos y que son verificables.
25. **FUENTES PARA AUDITORÍA.-** Son los documentos que registran la atención de salud del usuario y que constituyen el sustento del Informe de Auditoría, siendo la Historia Clínica (HC) la fuente por excelencia.
26. **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.-** Recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico



específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.

- 27. HALLAZGOS DE AUDITORÍA.-** Se refieren a los resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría de la calidad de atención en salud, recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría, u oportunidades de mejora.
- 28. HISTORIA CLÍNICA (HC).-** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente.
- 29. INCIDENTE.-** Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias.
- 30. INFORME FINAL DE AUDITORÍA.-** Es un documento que se emite al término de la auditoría, describe todos los pasos seguidos en el proceso, las conformidades y no conformidades, así como las recomendaciones necesarias para su corrección.
- 31. MÉDICO TRATANTE.-** Es el profesional médico que maneja el problema del paciente, conduce el diagnóstico y tratamiento. En aquel establecimiento en el que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en internamiento, el médico tratante es aquel que atiende y/o diagnostica por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización y en tanto permanezca en éste.
- 32. NO CONFORMIDAD.-** Incumplimiento de un criterio en auditoría.
- 33. PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.-** Constituye el documento en el cual se establece la relación de actividades de auditoría que a lo largo del año serán desarrolladas por las diferentes unidades o comités de auditoría, en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad del establecimiento o su equivalente.
- 34. RECOMENDACIONES.-** Constituyen las propuestas o sugerencias que hace el Comité de Auditoría, orientadas a la adopción de las acciones tendientes a mejorar o superar las *condiciones* de los hallazgos en la Auditoría, mediante acciones correctivas y/o preventivas.

## **8. ACTIVIDADES**

- a. Se realizaran procesos de auditorías de la siguiente manera:  
Auditoria de caso.- Según sea requerido por la Dirección Ejecutiva o en Coyuntura específica)  
Auditoria programada (por departamento y servicio según cronograma.  
(Anexo 1)
- b. Se realizaran informes de implementación de recomendaciones por cada periodo y departamento/o servicio auditado.
- c. Seguimiento de las recomendaciones por cada periodo y departamento/o servicio auditado.



## 9. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

### **Obtención de la Muestra.**

La muestra de historias clínicas a auditar es de carácter intencional siendo definida por ambos comités de auditoría teniendo como línea de base el número de historias auditadas en el año anterior. Serán escogidas al azar por día y servicio según programación.

## 10. COMITÉ DE AUDITORIA 2022

<b>COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA</b>		
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CARGO EN EL HCH</b>	<b>CARGO EN EL COMITE</b>
Dr. Carlos Alberto Pau Dulanto	Director Ejecutivo del Hospital de Chancay	Presidente
Mg. Luz Carmen Ramírez Ruiz	Jefe(e) de la Unidad de Gestión de la Calidad	Secretario de Actas
Dr. Hugo Anibal Ortiz Souza	Jefe(e) del Departamento de Pediatría	Vocal
Dr. Wilder Fernando Ostos Espinoza	Jefe(e) del Departamento de Cirugía	Vocal
Dra. María Elena Espino Pérez	Jefe(e) del Departamento de Gineco Obstetricia	Vocal
Dr. Freddy Acosta Valer	Jefe(e) del Departamento de Consultorios Externos y Hospitalización	Vocal
Dr. Luis Alvaro Espinoza Flores	Jefe(e) del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	Vocal
Dra. Rosa Margarita Ogata Manchego	Jefe(e) del Departamento de Medicina	Vocal
Dr. Clímaco Marco Antonio Boggiano Arroyo	Jefe(e) del Departamento de Anestesiología	Vocal

<b>COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD</b>		
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CARGO EN EL HCH</b>	<b>CARGO EN EL COMITE</b>
Dr. Freddy Acosta Valer	Sub Director Ejecutivo Del Hospital De Chancay	Presidente
Lic. Evelyn Leonor Castillo Ramos	Equipo de la Unidad de Gestión de la Calidad	Secretaria de Actas
C.D. Haydee Meneses López	Jefe del Departamento de Odontología.	Vocal
C.D. Diana Tarazona Ramos	Miembro del Departamento de Odontología	Vocal
Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas	Jefe del Departamento de Enfermería.	Vocal
Lic. Maritza Zulema Rodríguez Ramírez	Supervisora del Departamento de Enfermería.	Vocal
Lic. Dany Felix Naupari	Miembro del Servicio de Obstetricia.	Vocal





## 11. ANEXOS

### Anexo 1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL COMITÉ AUDITORIA DE CALIDAD DE ATENCIÓN 2022

ACTIVIDADES 2022	UNIDAD DE MEDIDA	METAS PROGRAMADAS	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	RESPONSABLE
Elaboración del Plan de Auditoria de la calidad de Atención en Salud	PLAN ELABORADO	<b>1</b>		<b>1</b>		-	Oficina de Gestión de la Calidad y Comité Auditoria
Auditoria de Registro Consulta Externa	HC. AUDITADA	<b>100</b>		<b>35</b>	<b>35</b>	<b>30</b>	Comité Auditoria
Auditoría de Registro de Emergencia	HC. AUDITADA	<b>90</b>		<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	Comité Auditoria
Auditoría de Registro de Hospitalización.	HC. AUDITADA	<b>90</b>		<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	Comité Auditoria
Auditoria de Calidad de Atención	HC. AUDITADA	<b>4</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	Comité de Auditoria
Auditoria de Casos	INFORMES	<b>Demanda</b>					Comité de auditoría medica
Seguimiento de recomendaciones	Informe	<b>3</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	Comité de auditoría UGC
Capacitación en Auditoria de Calidad en salud a los miembros	EVENTO DE CAPACITACION	<b>1</b>		<b>1</b>	-	-	Unidad de capacitación Oficina de Gestión de la Calidad
Evaluación del Plan de Auditoria	INFORME	<b>3</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	Oficina de Gestión de la Calidad Comité Auditoria



<b>AUDITORIA DE CALIDAD DE REGISTRO</b>											
<b>TIPO AUDITORIA/SERVICIO</b>	<b>ABR</b>	<b>MAY</b>	<b>JUN</b>	<b>JUL</b>	<b>AGO</b>	<b>SET</b>	<b>OCT</b>	<b>NOV</b>	<b>DIC</b>		
<b>CALIDAD REGISTRO CONSULTA EXTERNA</b>											
MEDICINA	3	3	3	2	3	3	3	3	2	25	
CIRUGIA	3	3	3	2	3	3	3	3	2	25	
PEDIATRIA	3	3	3	2	3	3	3	3	2	25	
GINECOBSTERICIA	3	3	3	2	3	3	3	3	2	25	
<b>CALIDAD DE REGISTROS EN EMERGENCIA</b>											
EMG MEDICINA	3	3	2	2	2	2	2	2	2	20	
EMG CIRUGIA - TRAUMATOLOGIA	3	3	2	2	2	2	2	2	2	20	
EMG PEDIATRIA	3	3	2	2	2	2	2	2	2	20	
<b>CALIDAD REGISTROS EN EMERGENCIA GINECOBSTERICIA</b>											
EMG GINECOLOGICA	4	4	4	3	3	3	3	3	3	30	
<b>CALIDAD DE REGISTROS DE HOSPITALIZACION</b>											
MEDICINA	3	3	2	2	2	2	2	2	2	20	
CIRUGIA	3	3	2	2	2	2	2	2	2	20	
PEDIATRIA	3	3	2	2	2	2	2	2	2	20	
GINECOLOGIA	3	3	2	2	2	2	2	2	2	20	
UCI	2	1	1	1	1	1	1	1	1	10	
<b>AUDITORIA DE CALIDAD DE ATENCION</b>		1			2				1	4	
<b>AUDITORIA DE CASO</b>	A demanda										

<b>AUDITORIA DE CALIDAD DE REGISTRO OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD</b>											
	<b>MAR</b>	<b>ABR</b>	<b>MAY</b>	<b>JUN</b>	<b>JUL</b>	<b>AGO</b>	<b>SET</b>	<b>OCT</b>	<b>NOV</b>	<b>DIC</b>	
<b>ENFERMERIA</b>											
Balance hídrico		4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
Signos vitales		4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
KARDEX		4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
NOTAS DE EVOLUCIÓN		4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
<b>OBSTETRICIA</b>											
Balance Hídrico	MAR	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
Partograma		4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
KARDEX		4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
HOJA GRAFICA		4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
<b>ODONTOLOGICO</b>		4	4	4	4	4	4	4	4	4	36



## Anexo 2. FORMATOS DE EVALUACION

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTO EN CONSULTA EXTERNA					
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA					
MIEMBROS DEL COMITÉ					
NUMERO DE AUDITORÍA					
FECHA DE AUDITORÍA					
SERVICIO AUDITADO					
ASUNTO					
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA					
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA					
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE					
DIAGNÓSTICO DEL ALTA					
CIE 10					
II) OBSERVACIONES					
FILIACIÓN	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y número de Seguro	0.25			0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25			0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>4</b>				
ANAMNESIS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de atención	1	0.5		0	
Motivo de la consulta	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Relato cronológico	3	1.5		0	
Funciones Biológicas	1	0.5		0	
Antecedentes	2	1		0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>9</b>				
EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales T°, FR, FC, PA.	2	0.5		0	
Peso, Talla	1	0.5		0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	1		0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>9</b>				



DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	4		0	NA
b) Definitivo coherente	8	4		0	NA
c) Uso del CIE 10	4			0	
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	5	1	2	0	NA
Exámenes de Diagnóstico por Imágenes pertinentes	5	1	2	0	NA
Interconsultas (a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes)	4	1	2	0	NA
Referencias a otros establecimientos de salud.	4				NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes.	4	1	2	0	NA
Fecha de próxima cita.	2			0	NA
SUBTOTAL	24				
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.	4	2		0	NA
Nombre de medicamentos coherentes y concordante con Denominación Común Internacional (DCI)	4	2		0	NA
Consigna presentación	2			0	NA
Dosis del medicamento	2			0	NA
Vía de administración	2			0	NA
Frecuencia del medicamento	2			0	NA
Duración del tratamiento	1	0.5		0	NA
SUBTOTAL	17				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA					
Se cuenta con Formatos de Atención Integral por etapas de vida ( Primer Nivel de Atención)	2	1		0	NA
Pulcritud	1			0	
Letra legible	1			0	
No uso de abreviaturas	1			0	
Sello y firma del médico tratante	2	1		0	
SUBTOTAL	7				
SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN	10	5		0	NA
TOTAL	100				
CALIFICACIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN					
SATISFACTORIO		IGUAL O MAYOR 90%			
POR MEJORAR		ENTRE 75 A 89 %			
DEFICIENTE		MENOS 75%			
III.- NO CONFORMIDADES					
IV.- CONCLUSIONES					
V.- RECOMENDACIONES					





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

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

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

II) OBSERVACIONES

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



Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	0	
Examen clínico regional	4	0	
SUBTOTAL	10		
<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
a) Presuntivo coherente	8	0	NA
b) Definitivo coherente	8	0	NA
c) Uso del CIE 10	4	0	
SUBTOTAL	20		
<b>PLAN DE TRABAJO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	0	
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	0	
Interconsultas pertinentes	3	0	NA
Referencia oportuna	3	0	NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	0	NA
Informes correspondientes al Plan de trabajo, anexados a la Historia Clínica			
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5		
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0	NA
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0	NA
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0	NA
SUBTOTAL	19		
<b>ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Condición de egreso del paciente	1	0	
Medicamentos prescritos	1	0	NA
Cuidados Generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa.	1	0	NA
SUBTOTAL	3		
<b>TRATAMIENTO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Medidas Generales	2	0	NA
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).	2	0	NA
Consigna presentación	1	0	NA
Dosis del medicamento	1	0	NA
Frecuencia del medicamento	1	0	NA
Vía de administración	1	0	NA
SUBTOTAL	8		
<b>NOTAS DE EVOLUCIÓN</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Fecha y hora de evolución	1	0	
Nota de Ingreso	1	0	
Apreciación subjetiva	1	0	
Apreciación objetiva	1	0	
Verificación del tratamiento y dieta	1	0	NA
Interpretación de exámenes y comentario	2	0	
Plan de trabajo	2	0	
Consigna funciones vitales	1	0	
Procedimientos realizados	1	0	NA
SUBTOTAL	11		



REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Notas obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Hoja de funciones vitales	0.5	0	NA
Hoja de balance hídrico	0.5	0	NA
Kardex	0.5	0	NA
Firma y sello del Profesional	0.5	0	NA
SUBTOTAL	3		NA
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1	0	
Prioridad de atención	1	0	
Pulcritud	1	0	
Legibilidad	1	0	
No uso de abreviaturas	1	0	
SUBTOTAL	5		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			



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

### I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

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

### II) OBSERVACIONES

ANAMNESIS	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
<b>FILIACIÓN</b>					
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y N° Seguro	0.25			0	
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25				
Fecha de Ingreso	0.25				
Fecha de elaboración de historia clínica	0.25				
SUBTOTAL	4.5				

### ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES

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





EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
<b>Examen Clínico General</b>					
Funciones vitales: Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA).	1			0	
Peso ,Talla , IMC	1			0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	1			0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	7				
DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente y concordante.	8	4		0	NA
b) Definitivo coherente y concordante.	8	4		0	NA
c) Uso del CIE 10	4	2		0	
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes					
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes					
Interconsultas pertinentes					
Referencias Oportunas					
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes					
SUBTOTAL					
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.	4	2		0	
Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI).	4	2		0	
Consigna presentación	1			0	
Dosis del medicamento	1			0	
Frecuencia del medicamento	1			0	
Vía de administración	1			0	
Cuidados de Enfermería y otros profesionales	2			0	
SUBTOTAL	14				



EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
<b>Examen Clínico General</b>					
Funciones vitales: Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA).	1			0	
Peso ,Talla , IMC	1			0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	1			0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	7				
DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente y concordante.	8	4		0	NA
b) Definitivo coherente y concordante.	8	4		0	NA
c) Uso del CIE 10	4	2		0	
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes					
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes					
Interconsultas pertinentes					
Referencias Oportunas					
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes					
SUBTOTAL					
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.	4	2		0	
Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI).	4	2		0	
Consigna presentación	1			0	
Dosis del medicamento	1			0	
Frecuencia del medicamento	1			0	
Vía de administración	1			0	
Cuidados de Enfermería y otros profesionales	2			0	
SUBTOTAL	14				
Plan terapéutico	0.5			0	
Firma y sello del médico que evoluciona	0.5			0	
SUBTOTAL	4				



NOTAS DE EVOLUCIÓN	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	0.5			0	
Apreciación subjetiva	0.5			0	
Apreciación objetiva	0.5			0	
Verificación del tratamiento y dieta	0.5			0	NA
Interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario	0.5			0	
Plan diagnóstico	0.5			0	NA
Plan terapéutico	0.5			0	
Firma y sello del médico que evoluciona	0.5			0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>4</b>				
REGISTROS DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Notas de ingreso de enfermería/obstetricia	1			0	
Notas de Evolución de enfermería/obstetricia	1			0	
Hoja de Gráfica de Signos vitales	1			0	
Hoja de balance hídrico	1			0	
Kardex	1			0	
Firma y sello del Profesional	1			0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>6</b>				
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Informe de Alta	1			0	
Medicamentos prescritos	1			0	
Cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa	1			0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>3</b>				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1			0	
Orden cronológico de las hojas de la historia clínica	1			0	
Pulcritud	1			0	
Legibilidad	1			0	
No uso de abreviaturas	1			0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>5</b>				



FORMATOS ESPECIALES	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Formato de interconsulta	0.5			0	NA
Formato de orden de intervención quirúrgica	0.5			0	NA
Reporte operatorio	0.5			0	NA
Hoja de evolución pre anestésica	0.5			0	NA
Lista de verificación de seguridad de la cirugía	1			0	NA
Hoja de anestesia	0.5			0	NA
Hoja post anestésica	0.5			0	NA
Formatos de patología clínica formato de diagnóstico por imágenes	0.5			0	NA
Formato de anatomía patológica	0.5			0	NA
Formato de consentimiento informado	1			0	NA
Formato de retiro voluntario	0.5			0	NA
Epicrisis	1			0	NA
SUBTOTAL	7.5				
TOTAL	100				
<b>CALIFICACIÓN</b>					
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>					
<b>IV.- CONCLUSION</b>					
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>					

