



FECHA APROBACIÓN: 20/05/2019 VERSIÓN: 001 PÁGINA : 001 CÓDIGO: HGDC-FORM-DA-FLAHC	HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERON AUDITORIA HISTORIA CLÍNICA	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
--	--	---

**FICHA DE LEVANTAMIENTO DE FORMA Y FONDO PARA LA AUDITORIA DE HISTORIA CLÍNICA**

PERÍODO DE AUDITORIA	FECHA	NÚMERO DE ARCHIVO
CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA

**BASE LEGAL:**

Código Orgánico de la Salud Art.352; Acuerdo Ministerial 00005217 de enero 05 de 2015; Acuerdo MSP de octubre de 2007; Reglamento de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud, Acuerdo MSP historia clínica única, Manual para la Organización de un departamento de estadística y Registros médicos, atención ambulatoria y nivel hospitalario.

TOTAL DE HISTORIAS CLINICAS PERÍODO	MUESTRA	<b>INSTRUCCIONES LLENADO:</b> Ubique el número 1 en el casillero que corresponda
-------------------------------------	---------	---

**BLOQUE A : ADMISIONES**

ITEMS	VARIABLES	CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
01	FORMULARIO DE REFERENCIA 053					
02	PACIENTE PROVIENE DE PICHINCHA SUBIDO AL SAT-REC					
03	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA					
04	DATOS INFORMATIVOS ADMISIÓN FORMULARIO 001					
05	AFILIACIÓN COBERTURA SEGUROS					
06	DATOS INFORMATIVOS FORMULARIO 051 (CLAP)					
07	RESULTADOS APOYO DIAGNÓSTICO					
08	FORMULARIO 008 DE EMERGENCIA					
09						
10						
SUBTOTAL						

**BLOQUE B : ENFERMERÍA**

ITEMS	VARIABLES	CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
01	ORDEN					
02	NOTAS DE EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES FORMULARIO 005 NUMERADOS					
03	NOTAS DE ENFERMERÍA FORMULARIO 021 FORMULARIOS NUMERADOS					
04	SOLICITUD DE INTERNACIÓN LEGALIZADA					
05	FORMULARIOS ORDENADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA					
06	FORMULARIOS PERTINENTES A LA HISTORIA CLÍNICA					
07						
08						
09						
10						
SUBTOTAL						

**BLOQUE C: MÉDICO**

ITEMS	VARIABLES	CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
-------	-----------	--------	---------------------	-----------	-----------	---------------

01	FORMULARIOS CON LOS DATOS DEL PACIENTE					
02	LLENADOS CON LETRA LEGIBLE					
03	FIRMADOS					
04	SELLADOS					
05	DIAGNÓSTICOS PERTINENTES AL II NIVEL DE ATENCIÓN					
06	CIE 10 PERTINENTE					
07	INTERCONSULTA PERTINENTE					
08	FORMULARIO DE CONTRAREFERENCIA O REFERENCIA INVERSA					
09	REGISTROS DE NOTAS DE EVOLUCIÓN					
10	PRESCRIPCIONES MÉDICAS CORRECTAS					
11	FORMULARIOS NO APROBADOS POR EL MSP Y HGDC					
12	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS FORMULARIO 022					
13						
14						
<b>SUBTOTAL</b>						
<b>TOTAL</b>						

COMISIÓN DESIGNADA:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE