



INSTRUCTIVO DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA EN EL PROCESO

1. PROCEDIMIENTOS /PROTOCOLOS EN LOS QUE APLICA		
Egreso del paciente		
2. OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD DESCRITA		
Verificar la integridad de la historia clínica y el correcto diligenciamiento de los formularios que la integran, para una mejora calidad de información que permita un respaldo documentado de las atenciones realizadas en la institución.		
3. INSUMOS NECESARIOS		
Esfero gráfico color azul Esfero gráfico color rojo Historia clínica Lista de verificación de documentos del Historia Clínica		
4. TAREAS A REALIZAR		
N°	TAREA DE VERIFICACIÓN Y REVISIÓN	REGISTRO DOCUMENTAL
1.	Orden de ingreso a hospitalización (formulario 559): <ul style="list-style-type: none"> Legalizado Firmado y con sello del médico que da el ingreso. Con sellos de estadística caso contrario no se considera válido el ingreso. 	Ítem uno Hoja de listado de chequeo documental
2.	Certificado médico: <ul style="list-style-type: none"> Debe estar acorde a lo establecido por la institución y para todos los egresos, indistintamente el tipo de seguro que tenga el paciente. 	Ítem dos Hoja de listado de chequeo documental
3.	Formulario 001: <ul style="list-style-type: none"> Registro correcto del formulario anverso y reverso. Con sus respectivos diagnósticos. Firmado y con sello del Médico Especialista de lunes a viernes. En los fines de semana y feriados será sellado por el Médico Especialista de Guardia quienes son los responsable del alta del paciente. 	Ítem tres Hoja de listado de chequeo documental
4.	Para pacientes que ingresan de Emergencia Formulario 008 de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> Registro correcto del formulario anverso y reverso. Con sellos y firmas de Médico que atendió al paciente. 	Ítem cuatro Hoja de listado de chequeo documental



INSTRUCTIVO DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA EN EL PROCESO

	<ul style="list-style-type: none"> Chequeo y registro de prescripciones médicas por enfermería con sello y firma. <p>Hoja de triage</p> <ul style="list-style-type: none"> Datos completos de los ítems de la hoja. Con sello y firma de la enfermera responsable. <p>Para pacientes que ingresan de Consulta Externa</p> <p>Formulario 002 anamnesis</p> <ul style="list-style-type: none"> Datos completos de los ítems de la hoja. CIE10 Pertinente Con firma y con sello de médico especialista. <p>Pacientes Quirúrgicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Datos completos de los ítems de la hoja. Con firma y con sello de médico especialista. 	
5.	<p>Formulario 06 Epicrisis:</p> <ul style="list-style-type: none"> Datos completos dos apellidos un nombre, número de historia clínica, los datos personales del paciente deben concordar. Debe estar los diagnósticos Procedimientos realizados en el proceso de hospitalización desde el inicio de la enfermedad hasta su resolución. La información debe ser objetiva, basado en los registros médicos que aporta la historia clínica. Con datos coherentes, fácil de interpretar y entender. La secuencia escrita de eventos de la enfermedad debe guardar relación con la realidad, en cuanto a evolución y cronología. Firma y sello del médico tratante responsable del alta del paciente 	Ítem cinco Hoja de listado de chequeo documental
6	<p>Formulario 003 Anamnesis y Examen Físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Datos completos de los ítems de la hoja. El cual debe concordar con la nota de ingreso. Revisar la lista de problemas (Formulario 001 A) que deben ser identificados al ingreso, revisada, firmada y sellada por el médico tratante de turno. 	Ítem seis Hoja de listado de chequeo documental
7	<p>Exámenes de laboratorio y especiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los exámenes de laboratorio deben estar impresos, no deben ser pegados en el formulario de exámenes especiales. En el formulario de exámenes especiales debe pegar los electrocardiograma, y monitoreo materno neonatal. Con fecha mes, año y en orden cronológico, al igual que 	Ítem siete y ocho Hoja de listado de chequeo documental



INSTRUCTIVO DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA EN EL PROCESO

	los exámenes especiales.	
8	<p>Informes de imagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los informes de imagen deben corresponder al paciente de egreso hospitalario. • Datos completos, fecha mes, año y en orden cronológico hasta el egreso del paciente. 	Item nueve Hoja de listado de chequeo documental
9	<p>Formulario 051 CLAP (Materno neonatal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos completos • Registro completo de los ítems del formulario. • Antecedentes obstétricos. • Gestación actual • Partos • Abortos • Nacimientos • Post parto • Partograma • Manejo de recién nacido • Enfermedades del recién nacido. • Egreso del recién nacido • Egreso materno • Anticoncepción • Enfatizar en la gestación actual • Con firma y sello de los especialistas pediatra y ginecólogo que atiende el parto. 	Item diez Hoja de listado de chequeo documental
10	<p>En caso de pacientes quirúrgicos, verificar lo siguiente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos completos del paciente • Registro completo de los ítems del formulario. • Parte operatorio , • Control pre-operatorio • Protocolo operatorio, • Hoja de anestesia (formulario 018), • Hoja de recuperación (formulario 019), • Hoja de cirugía segura <p>En estos formularios se verificara si corresponde al paciente de egreso hospitalario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Firmas y sellos de los médicos especialistas según corresponda. • Firmas y sellos de enfermería en las actividades que realiza. 	Item once, doce, trece, catorce, quince, dieciséis Hoja de listado de chequeo documental



INSTRUCTIVO DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA EN EL PROCESO

11	<p>Formulario 007 Interconsultas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos completos del paciente • Registro de los ítems del anverso y reverso del formulario. • Debe mantener un orden cronológico. • Con firma y sello del médico especialista quien solicita la interconsulta y el que responde a la misma. • Chequeo y registro con firma y sello con la hora en que enfermería realiza el análisis y cumplimiento de indicaciones médicas. • Revisar que la sub especialidad tenga indicación de egreso del paciente. 	Ítem diecisiete Hoja de listado de chequeo documental
12	<p>Formulario 005 Evolución de paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos del paciente correctos, dos apellidos un nombre, sexo y número de historia clínica • Registro de los ítems del anverso y reverso del formulario. • Prescripciones en orden cronológico, número de hoja (01A-01B y así sucesivamente). • Las evoluciones deben estar con fecha y hora en la que fueron elaboradas. • Con sello y firma del médico tratante. • Firma y sello del médico asistencial. • Chequeo y registro de la hora que la enfermera transcribió las indicaciones. • Uso de abreviaturas permitidas. • En el pase de visita se debe revisar si los datos completos caso contrario deben ser registrados. 	Ítem dieciocho Hoja de listado de chequeo documental
13	<p>Informes de enfermería Formulario (005):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que los informes de enfermería estén elaborado con el acrónimo SOAPIE • Firma y sello de la enfermero/a responsable. • Informe de enfermería del alta detallando claramente la condición del paciente al egresar. • En el informe debe constar el nombre del acompañante quien legaliza el egreso. • Así como la documentación que se le entrega. 	Ítem diecinueve Hoja de listado de chequeo documental
14	<p>Informes de fisioterapeutas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe constar registros e informes de rehabilitación 	Ítem veinte Hoja de listado de chequeo documental



INSTRUCTIVO DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA EN EL PROCESO

	física y o respiratoria.	
15	<p>Formularios de Consentimiento informados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En emergencia con fecha y hora. • En hospitalización con fecha y hora • Firmado y sellado por médico tratante en el que debe constar claramente el tratamiento ya sea clínico o quirúrgico. 	Ítem veintiuno Hoja de listado de chequeo documental
16	<p>Formulario 022 Carde de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos del paciente correctos • Encabezados registrados correctamente todos los ítems. • No debe existir tachones, manchados ni el uso de corrector. • Debe constar siglas permitidas (ver instructivo de abreviaturas peligrosas). • El registro debe constar con letra clara y legible. • Para evitar errores hacerlo junto a bioquímico farmacéutico la validación de la medicación administrada. • Si el paciente ingresa o se encuentra en terapia intensiva o cuidados neonatales, se anexaran las bitácoras utilizadas, en las cuales se verificara registros. • La medicación registrada debe ser verificada, conjuntamente con el bioquímico farmacéutico. 	Ítem veintidós Hoja de listado de chequeo documental
17	<p>Hoja de descargo de dispositivos médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se elaborara en pacientes asegurados. • Se realizar un consolidado final por día acorde a los insumos utilizados por el paciente debidamente justificada su utilización. • Se debe anexar el formulario de devolución de dispositivos y medicamentos que no se haya utilizado, debidamente reingresados por el Bioquímico Farmacéutico. 	Ítem veintitrés Hoja de listado de chequeo documental
18	<p>Hoja de registro de oxígeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este formulario se elabora en pacientes que utilizan oxígeno. 	Ítem veinticuatro Hoja de listado de chequeo documental



INSTRUCTIVO DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA EN EL PROCESO

	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmar su utilización con prescripción médica, reporte de enfermería. • Debe estar registrado cantidad en litros y horas de utilización. • En el reporte de enfermería debe constar el uso para ser validado. 	
19	<p>Hola de registro de glicemias y correcciones de insulinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos correctos del paciente. • Las dosis de insulina prescritas por escapes se deben ser validadas con el formulario 022 (Carde). 	Ítem veinticinco Hoja de listado de chequeo documental
20	<p>Formulario 20 Hoja de signos vitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos correctos del paciente de egreso. • Registro de ítems completos. • No debe estar con tachones, ni uso de corrector. • Revisar que los días de hospitalización estén acorde con los datos de las hojas de evolución (form. 005). <p>Formulario de curva térmica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmar si el paciente amerita el registro de curva térmica, durante la hospitalización. • Deberá estar justificado en la evolución médica o SOAPIE de enfermería. 	Ítem veintiséis Hoja de listado de chequeo documental
21	<p>Formulario de ingesta y excreta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos del paciente con dos apellidos y un nombre, fecha. • Registrar los ítems completos del formulario. • Registra ingesta de alimentos y medicación oral y parenteral administrada. • Debe registrar en los turnos de mañana, tarde y noche. • Registra subtotales, totales y el reporte de balance hídrico. 	Ítem veintisiete Hoja de listado de chequeo documental
22	<p>Hoja de control de dieta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos correctos y completos del paciente. • Prescripción de orden de dieta en pacientes que ameriten. 	Ítem veintiocho Hoja de listado de chequeo documental



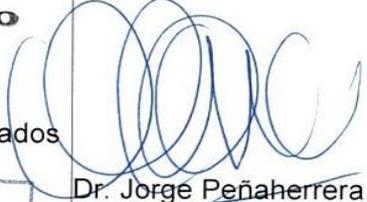
INSTRUCTIVO DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA EN EL PROCESO

	<ul style="list-style-type: none"> La prescripción debe estar, indicando la dieta a seguir con letras claras y legibles. 	
23	<p>Hoja de solicitud de hemoderivados o transfusiones sanguíneas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Datos completos y correctos del paciente, nombres y apellidos, número de cedula tipo de sangre. El formulario debe estar registrado con signos vitales y el nombre de la persona que recibió y finalizo la transfusión. 	<p>Ítem veintinueve Hoja de listado de chequeo documental</p>
24	<p>Formulario 053, Hoja de referencia/Contrareferencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Datos del paciente correctamente registrados. En la HCL debe constar la hoja amarilla. original y la copia amarilla, se entregará la copia azul al paciente. Adjuntar en la historia clínica con nombres, apellidos, número de cedula, firma y sello del médico tratante. 	<p>Ítem treinta Hoja de listado de chequeo documental</p>
25	<p>Hoja de Cobertura de salud pública y/o privada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Impresa con datos completos del paciente. Debe constar la fecha del día de ingreso ya sea a la Emergencia y/o Consulta Externa. 	<p>Ítem treintauno Hoja de listado de chequeo documental</p>





INSTRUCTIVO DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA EN EL PROCESO

ELABORADO POR:	REVISADO POR	APROBADO POR:
<p> Lic. Viviana Zambrano Líder Proceso Área Clínicas</p> <p> Ing. Jhonny Solís Analista Calidad 3</p>	<p> Mirian Patricia Chillán Quishpe ENFERMERA 1712290780</p> <p>Lic. Fanny Basantes Coordinadora Técnica Cuidados de Enfermería</p> <p> Lic. Maira Erazo Subdirectora de Enfermería</p> <p> Dra. Gladys Quevedo Directora Asistencial</p>	<p> Dr. Jorge Peñaherrera Gerente General</p>

