

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

FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE CONSULTA EXTERNA	
Sírvese llenar los datos con letra de imprenta.	
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:	
CODIGO DEL COLEGIO PROFESIONAL DEL PERSONAL TRATANTE:	

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

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.- ENFERMEDAD ACTUAL:				
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
C.- ANTECEDENTES:				
FISIOLÓGICOS: gestacionales, nacimiento, desarrollo psicomotor, alimentación.	SI/N.A.	1	NO	0
INMUNOLÓGICOS: BCG, PTO, DPT, ANTISARAMPIÓN, OTRAS	SI/N.A.	1	NO	0
PATOLÓGICOS: INCLUYENDO ALERGIAS.	SI/N.A.	1	NO	0
FAMILIARES:	SI/N.A.	1	NO	0
EPIDEMIOLOGICOS:	SI/N.A.	1	NO	0
OCUPACIONALES:	SI/N.A.	1	NO	0
D.- EXPLORACIÓN FÍSICA:				
CONTROLES VITALES:				
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
E.- DIAGNÓSTICO				
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
F.- PLAN DE TRABAJO				

PLAN DE TRABAJO:	SI/N.A.	1	NO	0
G.- APRECIACIÓN				
APRECIACIÓN DEL CASO:	SI/N.A.	1	NO	0
H.- TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES:				
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
I. - NOTAS DE EVOLUCIÓN, COMPLICACIONES, EXAMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS:				
Notas de controles	SI/N.A.	1	NO	0
Exámenes de laboratorio	SI/N.A.	1	NO	0

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

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

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

INSTRUCTIVO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE CONSULTA EXTERNA	
I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:	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
II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:	
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
III.- OBSERVACIONES:	DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA
A.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES:	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.- ENFERMEDAD ACTUAL:	CONSTA DE 7 ITEMS LOS CUALES DEBEN SER CONSIGNADOS EN SU TOTALIDAD.
.C.- ANTECEDENTES:	CONSTA DE 6 ITEMS. SE CONSIGNARAN LOS DATOS NECESARIOS PARA EL DAÑO A TRATAR.
D.- EXPLORACIÓN FÍSICA:	CONSTA DE 9 ITEMS. SE CONSIGNARAN LOS DATOS RELACIONADOS A LA EXPLORACIÓN FÍSICA DIRIGIDA.
E.- DIAGNÓSTICOS:	
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
F.- PLAN DE TRABAJO:	INCLUYEN TODOS LOS EXAMENES AUXILIARES, INTERCONSULTAS, PROCEDIMIENTOS, U OTROS NECESARIOS.
G. APRECIACIÓN:	INTERPRETACIÓN SUCINTA DEL CASO.
H. TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES:	CONSTA DE 6 ITEMS, LOS CUALES DEBEN SER CONSIDERADOS EN SU TOTALIDAD.
I.- NOTAS DE EVOLUCIÓN, COMPLICACIONES, EXAMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS	CONSTA DE 5 ITEMS LOS CUALES SERÁN LLENADOS DE ACUERDO A SU PERTINENCIA.

J.- IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE	CONSTA DE 3 ITEMS LOS CUALES DEBEN SER LLENADOS EN SU TOTALIDAD.
K. ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA:	CONSTA DE SEIS ITEMS LOS CUALES DEBEN SER CONSIGNADOS EN SU TOTALIDAD.
L.- CALIFICACIÓN TOTAL	SUMATORIA DE TODOS LOS PUNTAJES OBTENIDOS.
IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:	CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR.
	ESTAS DEBEN SER SELECCIONADAS POR EL EQUIPO AUDITOR
V.- INCONFORMIDADES MENORES:	CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTANDAR.
	ESTAS DEBEN SER SELECCIONADAS POR EL EQUIPO AUDITOR.
VI.- CONCLUSIONES:	RESUMEN DE LOS PRINCIPIALES HALLAZGOS EN COMPARACIÓN CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO.
VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:	
VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:	
NOTA:	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).
NO APLICABLES	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%).
NO EXISTE:	CUANDO NO SE HA CONSIGNADO EL DATO