



## RESOLUCION DIRECTORAL

Huaycán, 08 ABR 2024

### VISTO:

El Expediente N°005858-2024, la Nota Informativa N° 0040-2024-UPE/HH, emitido por la Jefatura de la Unidad de Planeamiento Estratégico, la Nota Informativa N°212-2024-ETGC-D-HH, emitido por la Coordinadora del Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad, el Informe N° 001-2024-ETGC-CAM/CAS-D-HH, emitido por el Presidente del Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud, sobre aprobación del Plan de Auditoría en Calidad de la Atención en Salud 2024; y

### CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842- Ley General de Salud, establece que: "Es responsabilidad del Estado, promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestación de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, el Ministerio de Salud aprobó el "Sistema de Gestión de Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes a la Garantía y Mejoramiento de la Calidad, siendo uno de sus principales procesos la Seguridad del Paciente;

Que, mediante Resolución Ministerial N°474-2005/MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud NT N° 039-MINSA/DGSP.V.01, cuyo objetivo general es, mejorar el desarrollo del proceso de auditoría de caso de la calidad de la atención en salud, estableciendo las instancias para el proceso de auditoría, tipos de auditoría de caso, requisitos, calidad del informe, identificación de los responsables y establecer las pautas para el peritaje en auditoría de caso de la calidad de la atención en salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N°214-2008/MINSA; se aprueba la NTS N° 139 -MINSA/2018/DGAIN "Norma técnica de la Salud para la Gestión de la Historia Clínica";

Que, mediante el Informe N° 006-2024-ETGC-CAM/CAS-D-HH, el Presidente del Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud, eleva el "Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención 2024", a la Coordinadora del Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad, para su aprobación;

Que, mediante Nota Informativa N°212-2024-ETGC-D-HH, la Coordinadora del Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad, remite el "Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención 2024"; a la Unidad de Planeamiento Estratégico, para su revisión y aprobación;

Que, mediante Nota Informativa N° 0040-2024-UPE/HH, la Jefatura de la Unidad de Planeamiento Estratégico emite opinión favorable al "Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención 2024", el mismo que tiene como objetivo general: Lograr que la atención de salud en el Hospital de Huaycán, se desarrolle de acuerdo con los estándares de calidad señalados en la norma vigente, mediante la ejecución de Auditorías de la Calidad de la



atención en Salud. Siendo igualmente los objetivos específicos: Desarrollar auditorías médicas a fin de verificar y mejorar la calidad de la atención en los servicios en salud Hospital de Huaycán; Desarrollar auditorías en salud a fin de verificar y mejorar la calidad de la atención en los servicios en salud Hospital de Huaycán; Desarrollar auditorías de gestión clínica a fin de verificar y mejorar la calidad de los registros asistenciales en la atención en los servicios en salud Hospital de Huaycán; así mismo solicita emitir el acto resolutorio;

Que, con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado por la Jefatura de la Unidad de Planeamiento Estratégico;

Contando con la visación de la Unidad de Planeamiento Estratégico, de la Coordinadora del Equipo Trabajo de Gestión de la Calidad y del Coordinador del Equipo de Trabajo de Asesoría Legal;

De conformidad con las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 190-2004/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Huaycán y Resolución Ministerial N° 155-2024-MINSA;

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR** el "Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención 2024" del Hospital de Huaycán, conforme a los fundamentos que anteceden, que forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER** que la Coordinadora del Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad del Hospital de Huaycán, se avoque a la implementación, seguimiento y desarrollo del plan aprobado en el Artículo que antecede, cuidando que se desarrolle conforme a la programación de actividades propuesto y aprobado.

**ARTÍCULO TERCERO.- DISPONER** que el Equipo de Trabajo de Comunicaciones e Imagen Institucional la publicación de la presente Resolución Directoral en el Portal Institucional del Hospital de Huaycán.

**ARTÍCULO CUARTO.- NOTIFICAR** la presente resolución a las instancias administrativas para su seguimiento y cumplimiento.

**Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.**

 **MINISTERIO DE SALUD**  
**HOSPITAL DE HUAYCÁN**  
  
-----  
M.C. JUAN GERARDO ORIUNDO VERASTEGUI  
CMP. 055157  
DIRECTOR

JGOV/jway  
DISTRIBUCION  
( ) Dirección  
( ) U. PE  
( ) E.T. Asesoría Legal  
( ) A. Comunicaciones  
( ) E.T. Calidad  
( ) Archivo

# Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención 2024

HOSPITAL DE HUAYCÁN

EQUIPO DE TRABAJO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD





### 1. DATOS GENERALES

- 1.1. ENTIDAD : MINISTERIO DE SALUD
- 1.2. DEPENDENCIA : HOSPITAL DE HUAYCAN
- 1.3. LUGAR : Av. José Carlos Mariátegui S/N Zona B Huaycán Ate.
- 1.4. CENTRO DE COSTO : DIRECCIÓN
- 1.5. EQUIPO DE TRABAJO : E.T. GESTION DE LA CALIDAD
- 1.6. CATEGORIA PRESUPUESTAL : ACCIONES CENTRALES
- 1.7. PRODUCTO PRESUPUESTAL : 3999999. SIN PRODUCTO
- 1.8. ACTIVIDAD PRESUPUESTAL : 5000003. GESTION ADMINISTRATIVA
- 1.9. FINALIDAD PRESUPUESTAL : 0007981. ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD
- 1.10. TIEMPO DE DURACION : Periodo 2024
- 1.11. DIRECTOR : M.C. Juan G. Oriundo Verastegui
- 1.12. JEFE DE UNIDAD/SERVICIO : M.C. Juan G. Oriundo Verastegui
- 1.13. COORDINADOR DE E.T. : Lic. Irma Condor Campos
- 1.14. BENEFICIARIOS : Usuarios del Hospital de Huaycán
- 1.15. RESPONSABLE : - Comité de Auditoría Medica  
- Comité de Auditoría de Salud





## 2. INTRODUCCIÓN

La Salud es una aspiración común para todas las personas, independiente de cualquier consideración social, económica, geográfica. Visto como un derecho íntimamente ligado a la Vida, se asume como un derecho fundamental al que todos debemos acceder, y se espera que las Instituciones de Salud generen las mejores condiciones para alcanzar dicho ideal.

La auditoría de la calidad, 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 los procesos inmersos en la atención de salud; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; el análisis e identificación de no conformidades y la adopción de medidas correctivas respecto a los parámetros previamente establecidos.

En nuestro país, con recursos limitados, algunos servicios de salud con serias limitaciones para su funcionamiento y baja cobertura de los servicios de salud, existe la necesidad de brindar una atención de calidad que contribuya a disminuir la alta tasa de mortalidad infantil y materna; así como, el grado de insatisfacción de los usuarios del sistema de salud y las denuncias por presuntas negligencias médicas; lo que hace necesario alinear con acciones preestablecidas la labor de la auditoría en salud a través de un Plan de implementación de la Norma Técnica de Auditoría para la consecución del objetivo común planteado, que es mejorar el desempeño de los profesionales de la salud en los procesos de atención en las diferentes instituciones que conforman el Sector Salud.

En el presente plan se pretende establecer una Metodología de Auditoría que incorpora las recomendaciones efectuadas por los auditores internos de la Institución que será aplicada en los procesos de auditoría, como parte de las actividades de control y mejora; con objetivos aplicables a todos los servicios asistenciales del Hospital de Huaycán.





### 3. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la calidad de atención en salud en el Hospital de Huaycán.

### 4. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

#### 4.1. Objetivo General

Lograr que la atención de salud en el Hospital de Huaycán se desarrolle de acuerdo con los estándares de calidad señalados en la normatividad vigente, mediante la ejecución de Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud.

#### 4.2. Objetivos Específicos

- 4.2.1. Desarrollar Auditorías Médicas a fin de verificar y mejorar la calidad de la atención en los servicios en salud Hospital de Huaycán.
- 4.2.2. Desarrollar Auditorías en Salud a fin de verificar y mejorar la calidad de la atención en los servicios en salud Hospital de Huaycán.
- 4.2.3. Desarrollar Auditorías de Gestión Clínica a fin de verificar y mejorar la calidad de los registros asistenciales en la atención en los servicios en salud Hospital de Huaycán.

### 5. BASE LEGAL

1. Ley n. ° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley n. ° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
3. Ley n. ° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
4. Ley n. ° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
5. Decreto Supremo n.° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
6. Decreto Supremo n. ° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
7. Decreto Supremo n. ° 016-2009-SA que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud-PEAS.
8. Decreto Supremo n. ° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
9. Decreto Supremo n.° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
10. Decreto Supremo n. ° 027-2015-SA: Reglamento de la Ley N° 29414, Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
11. Resolución Ministerial n. ° 621-2021-MINSA, que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2024. Ampliado del Ministerio de Salud.
12. Resolución Ministerial n. ° 519-2006-SA/DM, Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
13. Resolución Ministerial n. ° 596-2007/MINSA: Plan Nacional del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
14. Resolución Ministerial n. ° 727-2009/MINSA: Política Nacional de Calidad en Salud.
15. Resolución Ministerial n. ° 456- 2007 – MINSA: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.





16. Resolución Ministerial n. ° 727-2009/MINSA, Plan Nacional de Políticas de Calidad en Salud.
17. Resolución Ministerial n. ° 546-2011/MINSA, Norma Técnica N.° 021-MINSA/DGSP/V03: Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
18. Resolución Ministerial n. ° 527-2011/MINSA, Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
19. Resolución Ministerial n. ° 502 – 2016 – MINSA: Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención de la en Salud –N.° 029 – MINSA /DIGEPRES– V.02.
20. Resolución Ministerial n. ° 214-2018/MINSA, NTS N°139. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
21. Resolución Ministerial n. ° 826-2021/MINSA, se aprueba las “Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
22. Resolución Directoral n. ° 19 – 2023-D-HH-MINSA con fecha 25 de enero del 2023 que aprueba Reconformar el Comité de Auditoría Médica del Hospital de Huaycán.
23. Resolución Directoral n. ° 21 – 2023-D-HH-MINSA con fecha 26 de enero del 2023 que aprueba Reconformar el Comité de Auditoría en Salud del Hospital de Huaycán.

## 6. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan será de aplicación en las UPSS del Hospital de Huaycán siguientes:

- Hospitalización
- Consulta externa
- Centro Quirúrgico
- Emergencia

## 7. ACTIVIDADES

- 7.1. Instalación de los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud:
  - 7.1.1. Comité de Auditoría Médica (CAM)
  - 7.1.2. Comité de Auditoría en Salud (CAS)
- 7.2. Identificación y socialización de documentos técnicos normativos vigentes para la auditoría de la calidad de atención.
  - 7.2.1. Comité de Auditoría Médica (CAM)
  - 7.2.2. Comité de Auditoría en Salud (CAS)
- 7.3. Capacitación de los miembros de los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud respecto a la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención de la en Salud.
  - 7.3.1. Comité de Auditoría Médica (CAM)
  - 7.3.2. Comité de Auditoría en Salud (CAS)
- 7.4. Desarrollo de auditorías de la Calidad de Atención en Salud programadas:
  - 7.4.1. Auditorías médica
  - 7.4.2. Auditorías en salud
  - 7.4.3. Auditorías de Gestión Clínica





7.5. Asistencia técnica para la implementación de las recomendaciones formuladas en los informes de Auditoría de la Calidad de Atención.

7.6. Evaluación final de la ejecución del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención 2023 del Hospital de Huaycán.

8. CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE SUS MUESTRAS

Auditoría Médica

Se auditará seis (06) historias clínicas seleccionadas según los criterios siguientes:

- Estancias prolongadas: hospitalizados más de veinte (20) días.
• Reintervenciones quirúrgicas.
• Tiempos de espera prolongados.
• Operaciones cesáreas primarias.
• Evaluación del cumplimiento de las Funciones Obstétrico Neonatales (FON).
• Evaluación de cumplimiento de los controles por etapas de vida.

Auditoría en Salud

Se auditará dos (02) historias clínicas seleccionadas según los criterios siguientes:

- Defunciones con problemas diagnósticos y sin diagnóstico definitivo.
• Estancias prolongadas: hospitalizados más de veinte (20) días.
• Reintervenciones quirúrgicas.
• Tiempos de espera prolongados.
• Operaciones cesáreas primarias.
• Evaluación del cumplimiento de las Funciones Obstétrico Neonatales (FON).
• Evaluación de cumplimiento de los controles por etapas de vida.
• Evaluación de cumplimiento de actividades preventivo promocionales.

Auditoría de Gestión de Clínica

Con relación a la evaluación de calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas, se tomará una muestra representativa de las historias clínicas de los pacientes atendidos en periodos de un mes.

n = (Z^2) (p)(q) / e^2

Donde:

- n= Tamaño de la muestra
z= nivel de confianza (95%)
p= porcentaje de la población que tiene el atributo deseado (0.5)
q= Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado (0.95)
e= error de estimación máximo aceptado (5%)





Para efectos del presente plan, el universo muestral son todas las atenciones brindadas en los servicios asistenciales - UPSS del Hospital de Huaycán, agrupados en:

- Consulta externa
- Hospitalización
- Centro Quirúrgico
- Emergencia

Durante el año 2023 se efectuaron 103,887 atenciones en consulta externa, 3,057 egresos hospitalarios, 1,244 cirugías y 48,473 atenciones en el servicio de emergencia, tal como se detalla en el cuadro siguiente:

**Cuadro n. ° 01**  
**Atenciones por mes según servicios y área hospitalaria.**  
**Hospital de Huaycán. 2023**

Área	Servicio	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total
Consulta Externa	Pediatría	1380	1222	1147	1530	1557	1684	1383	1178	1466	1164	1420	1184	16315
	Medicina	3449	3719	4492	4000	3987	4053	3836	3840	4127	4365	4339	2625	46832
	Cirugía	1472	1197	1821	1348	1821	1793	1877	1902	1803	1635	1923	1736	20328
	Ginecoobstetricia	1700	1906	1786	1636	1969	1703	1596	1732	1779	1833	1250	1522	20412
	<b>Total</b>	<b>8001</b>	<b>8044</b>	<b>9246</b>	<b>8514</b>	<b>9334</b>	<b>9233</b>	<b>8692</b>	<b>8652</b>	<b>9175</b>	<b>8997</b>	<b>8932</b>	<b>7067</b>	<b>103887</b>
Hospitalización	Pediatría	30	27	33	47	49	38	44	32	34	44	34	27	439
	Medicina	21	20	24	13	22	15	26	16	25	26	18	19	245
	Cirugía	37	50	67	57	52	49	46	48	45	36	40	38	565
	Gineco-Obstetricia	144	117	158	150	148	160	133	131	131	133	108	113	1626
	Traumatología	20	17	15	18	16	10	17	16	14	16	11	12	182
	<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>231</b>	<b>297</b>	<b>285</b>	<b>287</b>	<b>272</b>	<b>266</b>	<b>243</b>	<b>249</b>	<b>255</b>	<b>211</b>	<b>209</b>	<b>3057</b>
Cirugía	Centro Quirúrgico	103	98	127	100	120	107	97	129	97	95	87	84	1244
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>98</b>	<b>127</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>107</b>	<b>97</b>	<b>129</b>	<b>97</b>	<b>95</b>	<b>87</b>	<b>84</b>	<b>1244</b>
Emergencia	Emergencia	4290	3779	4918	4582	4043	3865	3654	3748	3722	4171	3723	3978	48473
	<b>Total</b>	<b>4290</b>	<b>3779</b>	<b>4918</b>	<b>4582</b>	<b>4043</b>	<b>3865</b>	<b>3654</b>	<b>3748</b>	<b>3722</b>	<b>4171</b>	<b>3723</b>	<b>3978</b>	<b>48473</b>

Fuente: Unidad de Estadística e Informática HH

Elaborado por: ET Gestión de la Calidad

El número de historia clínicas (muestra) consideradas para la evaluación de calidad de los registros de las atenciones de salud, basado en el número total de prestaciones anuales por área de atención, considerando la fórmula anterior sería:

- Consulta externa : 384 historia clínicas anuales
- Hospitalización : 342 historias clínicas anuales
- Centro Quirúrgico : 295 historias clínicas anuales
- Emergencia : 382 historias clínicas anuales

Cada mes se seleccionarán aleatoriamente una cantidad de historias clínicas equivalente al prorrateo mensual del total de la muestra anual, guardando la proporción de atenciones brindadas en el mes correspondiente por servicio con relación al total anualizado. Así calculados, el número de historias clínica a evaluar por mes y servicio se muestra en los cuadros siguientes.





**Cuadro n. ° 02**  
Número de atenciones año 2023 y muestra año 2024 en consultorios externos  
según servicio y mes. Hospital de Huaycán.

Servicio	Ítem	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total
Pediatria	Atenciones	1147	1530	1557	1684	1383	1178	1466	1164	1420	1184	13713
	Muestra	5	7	7	7	6	5	6	5	6	5	60
Medicina	Atenciones	4492	4000	3987	4053	3836	3840	4127	4365	4339	2625	39664
	Muestra	20	17	17	18	17	17	18	19	19	11	173
Cirugía	Atenciones	1821	1348	1821	1793	1877	1902	1803	1635	1923	1736	17659
	Muestra	8	6	8	8	8	8	8	7	8	7	75
Ginecoobstetricia	Atenciones	1700	1906	1786	1636	1969	1703	1596	1732	1779	1833	17640
	Muestra	7	8	8	7	8	7	7	7	8	8	76
Total	Atenciones	9160	8784	9151	9166	9065	8623	8992	8896	9461	7378	88676
	Muestra	40	38	40	40	39	37	39	39	41	32	384

Fuente: Unidad de Estadística e Informática HH  
Elaborado por: ET Gestión de la Calidad

**Cuadro n. ° 03**  
Número de egresos año 2023 y muestra año 2024 en hospitalización  
según servicio y mes. Hospital de Huaycán.

Servicio	Ítem	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total
Pediatria	Egresos	33	47	49	38	44	32	34	44	34	27	382
	Muestra	4	6	6	5	6	4	4	6	4	3	49
Medicina	Egresos	24	13	22	15	26	16	25	26	18	19	204
	Muestra	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	27
Cirugía	Egresos	67	57	52	49	46	48	45	36	40	38	478
	Muestra	9	8	7	6	6	6	6	5	5	5	63
Gineco-Obstetricia	Egresos	158	150	148	160	133	131	131	133	108	113	1365
	Muestra	21	20	20	21	18	17	17	18	14	15	182
Traumatología	Egresos	15	18	16	10	17	16	14	16	11	12	145
	Muestra	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	21
Total	Egresos	297	285	287	272	266	243	249	255	211	209	2574
	Muestra	39	38	38	36	35	32	33	34	28	28	342

Fuente: Unidad de Estadística e Informática HH  
Elaborado por: ET Gestión de la Calidad

**Cuadro n. ° 04**  
Número de cirugías año 2023 y muestra año 2024 en centro quirúrgico  
según servicio y mes. Hospital de Huaycán.

Servicio	Ítem	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total
Centro Quirúrgico	Cirugías 2022	127	100	120	107	97	129	97	95	87	84	1043
	Muestra 2023	36	28	34	30	27	36	27	27	25	24	295
Total	Cirugías 2022	127	100	120	107	97	129	97	95	87	84	1043
	Muestra 2023	36	28	34	30	27	36	27	27	25	24	295

Fuente: Unidad de Estadística e Informática HH  
Elaborado por: ET Gestión de la Calidad



**Cuadro n. ° 05**  
**Número de atenciones año 2023 y muestra año 2024 en emergencia**  
**según servicio y mes. Hospital de Huaycán.**

Servicio	Ítem	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total
Emergencia	Atenciones	4918	4582	4043	3865	3654	3748	3722	4171	3723	3978	40404
	Muestra	46	43	38	37	35	35	35	39	35	38	382
Total	Atenciones	4918	4582	4043	3865	3654	3748	3722	4171	3723	3978	40404
	Muestra	46	43	38	37	35	35	35	39	35	38	382

Fuente: Unidad de Estadística e Informática HH  
Elaborado por: ET Gestión de la Calidad

## 9. COMITÉS DE AUDITORÍA

Los comités de auditoría y sus integrantes son:

### 9.1. Comité de Auditorías Médicas

Ratificado con Resolución Directoral n. ° 05-2024-D-HH-MINSA de 25 de enero de 2024.

Integrantes:

- Dr. Leonid Richard Bernaola Cuadros (presidente)
- Dra. Jeanette Carolina Namuche Donayre (secretaria de actas)
- Dra. Danny Gianina Espinoza Huele (miembro)
- Dr. Juan Carlos Yafac Villanueva (miembro)
- Dr. Marco Antonio Llanos Saldaña (miembro)
- Dr. Manuel Gonzalo Neyra Sotelo (miembro)
- Dr. José Enrique Villareal Palomino (Miembro)

### 9.2. Comité de Auditorías en Salud

Conformado con Resolución Directoral N. ° 26-2024-D-HH-MINSA de 07 de febrero de 2024.

Integrantes:

- M.C. Leonid Richard Bernaola Cuadros (presidente)
- Dra. Jeanette Carolina Namuche Donayre (secretaria de Actas)
- Dra. Danny Gianina Espinoza Huele (miembro)
- Dr. Juan Carlos Yafac Villanueva (miembro)
- Dr. Marco Antonio Llanos Saldaña (miembro)
- Dr. Manuel Gonzalo Neyra Sotelo (miembro)
- Dr. José Enrique Villareal Palomino (Miembro)
- Lic. Enf. María Elena Baldeón Estares (miembro)
- Lic. Obst. Rosalinda Lourdes Aira Limas (miembro)





## 10. ANEXO:

## ANEXO N° 1:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES  
PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN 2024

ACTIVIDAD	UNIDAD	META	MESES												RESPONSABLE
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	
Instalación de los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud:															
Comité de Auditoría en Salud (CAS)	Acta	1		1											Comités de auditoría
Comité de Auditoría Médica (CAM)	Acta	1		1											
Identificación y socialización de documentos técnicos normativos vigentes para la auditoría de la calidad de atención:															
Comité de Auditoría en Salud (CAS)	Memorándum	1		1										Comités de auditoría	
Comité de Auditoría Médica (CAM)	Memorándum	1		1											
Capacitación de los miembros de los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud respecto a la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención de la Salud:															
Comité de Auditoría en Salud (CAS)	Acta	1				1								Comités de auditoría	
Comité de Auditoría Médica (CAM)	Acta	1				1									
Ejecución de auditorías de la Calidad de Atención en Salud:															
Auditorías médicas	Informe CAM	12				2	2	1	1	2	1	1	1	1	Comité de auditoría en salud
Auditorías en salud	Informe CAS	2						1						1	Comité de auditoría medica
Evaluación de la calidad del registro de historias clínicas	HC	1403			140	140	140	140	140	143	140	140	140	140	Comité de auditoría en salud
Informe de la calidad del registro de historias clínicas	Informe	4			1			1			1		1	1	Comité de auditoría en salud
Asistencia técnica para la implementación de las recomendaciones formuladas en los informes de Auditoría de la Calidad de Atención.	Acta	2		1				1							Comités de auditoría ET Gestión de la Calidad
Evaluación de la ejecución del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención del Hospital de Huaycán.	Informe	1												1	Comités de auditoría ET Gestión de la Calidad





## ANEXO N° 2

## UTILIZACION DE RECURSOS: RECURSOS HUMANOS

## 4. Desarrollo de Auditorías de la Calidad de Atención en Salud :

## 4.1. Auditorías en salud

Mes	N° de Auditorías de Salud	Clasificador de Gasto	Descripción del Clasificador	N° PERSONAS	N° DIA ACTIVIDAD	COSTO X DIA ACTIVIDAD	TOTAL
Junio	1	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	9	1	S/ 50.00	S/ 450.00
Diciembre	1	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	9	1	S/ 50.00	S/ 450.00
<b>SUB TOTAL</b>							<b>S/ 900.00</b>

## 4.2. Auditorías médicas

Mes	N° de Auditorías Medicas	Clasificador de Gasto		N° PERSONAS	N° DIA ACTIVIDAD	COSTO X DIA ACTIVIDAD	TOTAL
Abril	2	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	7	2	S/ 50.00	S/ 700.00
Mayo	2	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	7	2	S/ 50.00	S/ 700.00
Junio	1	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	7	1	S/ 50.00	S/ 350.00
Julio	1	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	7	1	S/ 50.00	S/ 350.00
Agosto	2	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	7	2	S/ 50.00	S/ 700.00
Setiembre	1	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	7	1	S/ 50.00	S/ 350.00
Octubre	1	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	7	1	S/ 50.00	S/ 350.00
Noviembre	1	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	7	1	S/ 50.00	S/ 350.00
Diciembre	1	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	7	1	S/ 50.00	S/ 350.00
<b>SUB TOTAL</b>							<b>S/ 4,200.00</b>

## 5. Evaluación de la calidad de los registros de atenciones de salud

Mes	N° Evaluación de Registro de Historias Clínicas	Clasificador de Gasto		N° PERSONAS	N° DIA ACTIVIDAD	COSTO X DIA ACTIVIDAD	TOTAL
Abril	140	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	14	1	S/ 50.00	S/ 700.00
Mayo	140	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	14	1	S/ 50.00	S/ 700.00
Junio	140	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	14	1	S/ 50.00	S/ 700.00
Julio	140	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	14	1	S/ 50.00	S/ 700.00
Agosto	140	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	14	1	S/ 50.00	S/ 700.00
Setiembre	140	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	14	1	S/ 50.00	S/ 700.00
Octubre	140	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	14	1	S/ 50.00	S/ 700.00
Noviembre	140	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	14	1	S/ 50.00	S/ 700.00
Diciembre	140	2.3. 2. 1. 299	Movilidad Local	14	1	S/ 50.00	S/ 700.00
<b>SUB TOTAL</b>							<b>S/ 6,300.00</b>
<b>TOTAL</b>							<b>S/ 11,400.00</b>





## ANEXO N° 3

## UTILIZACION DE RECURSOS: MATERIALES Y FINANCIEROS

## 1. Bienes en Almacén

N°	BIENES / SERVICIOS	CLASIFICADOR	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
1	NOTA AUTOADHESIVA 3 in X 3 in X 5 COLORES X 400 HOJAS	2.3.1 5.1 2	UNIDAD	S/ 9.09	6	S/ 54.52
2	BANDERITA SEÑALIZADORA 1.27 cm X 4.4 cm APROX. X 50 HOJAS	2.3.1 5.1 2	UNIDAD	S/ 2.14	6	S/ 12.81
3	FOLDER MANILA TAMAÑO A4	2.3.1 5.1 2	EMP X 25	S/ 4.35	20	S/ 87.08
4	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR ROJO	2.3.1 5.1 2	UNIDAD	S/ 0.80	40	S/ 32.00
5	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	2.3.1 5.1 2	UNIDAD	S/ 0.80	40	S/ 32.00
6	PAPEL BOND 80 g TAMAÑO A4	2.3.1 5.1 2	EMP X 500	S/ 18.88	10	S/ 188.80
7	SUJETADOR PARA PAPEL (TIPO FASTENER) DE METAL	2.3.1 5.1 2	EMP X 50	S/ 2.57	6	S/ 15.43
<b>TOTAL</b>						<b>S/ 422.64</b>

## 2. Bienes y servicios por adquirir

N°	Bienes y/o Servicios	Clasificador	Unidad de Medida	Precio /Unitario	Cantidad	Total S/.	Especificaciones
1	CAFÉ DESCAFEINADO	2.3.1 1. 1 1	UNIDAD	S/ 30.00	3	S/ 90.00	Café Descafeinado x 250gr Aprox.
2	ROSQUITAS DE MANTECA CON AJONJOLI	2.3.1 1. 1 1	UNIDAD	S/3.00	300	S/ 900.00	85 gr. aprox
3	BEBIDA HIDRATANTE	2.3.1 1. 1 1	UNIDAD	S/ 3.50	300	S/ 1050.00	500 ml aprox.
4	GALLETA DE SODA X 32 g APROX.	2.3. 1 1. 1 1	UNIDAD	S/ 1.00	300	S/ 300.00	Galleta De Soda X 32 G Aprox.
5	AZÚCAR RUBIA DOMESTICA X KG	2.3. 1 1. 1 1	UNIDAD	S/ 25.00	1	S/ 25.00	AZUCAR RUBIA EN BOLSA
6	CAMISETA DE ALGODÓN MANGA CORTA UNISEX	2.3.1 2.1 1	UNIDAD	S/ 40.00	20	S/ 800.00	MANGA CORTA DE ALGODÓN DE COLOR PLOMO
<b>TOTAL</b>						<b>S/ 3,165.00</b>	

## ANEXO N° 4

## CONSOLIDADO DE COSTO DE RECURSOS

N°	BIENES Y SERVICIOS	PRECIO TOTAL
1	RECURSOS HUMANOS	S/ 17,040.00
2	BIENES EN ALMACEN	S/ 422.64
3	REQUERIMIENTO DE BIENES Y SERVICIOS PARA ADQUISICION	S/ 3,165.00
<b>TOTAL</b>		<b>S/ 20,627.64</b>



**ANEXO N° 5****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					
Nombres y apellidos del paciente					
Tipo y número de Seguro					
Lugar y fecha de nacimiento					
Edad					
Sexo					
Domicilio actual					
Lugar de Procedencia					
Documento de identificación					
Estado Civil					
Grado de instrucción					
Ocupación					
Religión					
Teléfono					
Acompañante					
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable					
SUBTOTAL					
<b>ANAMNESIS</b>	<b>COMPLETO</b>	<b>INCOMPLETO</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
Fecha y hora de atención					
Motivo de la consulta					
Tiempo de enfermedad					
Relato cronológico					
Funciones Biológicas					
Antecedentes					
SUBTOTAL					
<b>EXAMEN CLÍNICO</b>	<b>COMPLETO</b>	<b>INCOMPLETO</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>





Examen Clínico General					
Funciones vitales T°, FR, FC, PA.					
Peso, Talla					
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.					
Examen Clínico Regional					
SUBTOTAL					
<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>COMPLETO</b>	<b>INCOMPLETO</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
a) Presuntivo coherente					
b) Definitivo coherente					
c) Uso del CIE 10					
SUBTOTAL					
<b>PLAN DE TRABAJO</b>	<b>COMPLETO</b>	<b>INCOMPLETO</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
Exámenes de Patología Clínica pertinentes					
Exámenes de Diagnóstico por Imágenes pertinentes					
Interconsultas (a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes )					
Referencias a otros establecimientos de salud.					
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes.					
Fecha de próxima cita.					
SUBTOTAL					
<b>TRATAMIENTO</b>	<b>COMPLETO</b>	<b>INCOMPLETO</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.					
Nombre de medicamentos coherentes y concordante con Denominación Común Internacional (DCI)					
Consigna presentación					
Dosis del medicamento					
Vía de administración					
Frecuencia del medicamento					
Duración del tratamiento					
SUBTOTAL					
<b>ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>					
Se cuenta con Formatos de Atención Integral por etapas de vida ( Primer Nivel de Atención)					
Pulcritud					
Letra legible					
No uso de abreviaturas					
Sello y firma del médico tratante					
SUBTOTAL					
<b>SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN</b>					
TOTAL					





---

CALIFICACIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN	
SATISFACTORIO	IGUAL O MAYOR 90%
POR MEJORAR	ENTRE 75 A 89 %
DEFICIENTE	MENOS 75%
III.- NO CONFORMIDADES	
IV.- CONCLUSIONES	
V.- RECOMENDACIONES	





## ANEXO N° 6

## 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			
Nombres y apellidos del paciente			
Tipo y N° Seguro			
Lugar y fecha de nacimiento			
Edad			
Sexo			
Domicilio actual			
Lugar de Procedencia			
Documento de identificación			
Estado Civil			
Grado de instrucción			
Ocupación			
Religión			
Teléfono			
Acompañante			
Domicilio y/o teléfono de la persona responsables			
<b>SUBTOTAL</b>			
ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de atención			
Tiempo de enfermedad			





Signos y síntomas principales			
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)			
Antecedentes			
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>EXAMEN CLÍNICO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite.			
Puntaje de Escala de Glasgow			
Peso			
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.			
Examen clínico regional			
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
a) Presuntivo coherente			
b) Definitivo coherente			
c) Uso del CIE 10			
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>PLAN DE TRABAJO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Exámenes de Patología Clínica pertinentes			
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes			
Interconsultas pertinentes			
Referencia oportuna			
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes			
Informes correspondientes al Plan de trabajo, anexados a la Historia Clínica			
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica			
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica			
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica			
Procedimientos en Historia Clínica			
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Condición de egreso del paciente			





Medicamentos prescritos			
Cuidados Generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa.			
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>TRATAMIENTO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Medidas Generales			
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).			
Consigna presentación			
Dosis del medicamento			
Frecuencia del medicamento			
Vía de administración			
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>NOTAS DE EVOLUCIÓN</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Fecha y hora de evolución			
Nota de Ingreso			
Apreciación subjetiva			
Apreciación objetiva			
Verificación del tratamiento y dieta			
Interpretación de exámenes y comentario			
Plan de trabajo			
Consigna funciones vitales			
Procedimientos realizados			
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería			
Notas obstetricia y/o enfermería			
Hoja de funciones vitales			
Hoja de balance hídrico			
Kardex			
Firma y sello del Profesional			
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Firma y sello del médico tratante			
Prioridad de atención			
Pulcritud			
Legibilidad			





---

No uso de abreviaturas			
SUBTOTAL			
TOTAL			
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			





ANEXO N° 7

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					
Nombres y apellidos del paciente					
Tipo y N° Seguro					
Lugar y fecha de nacimiento					
Edad					
Sexo					
Domicilio actual					
Lugar de Procedencia					
Documento de identificación					
Estado Civil					
Grado de instrucción					
Ocupación					
Religión					
Teléfono					
Acompañante					
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable					
Fecha de Ingreso					
Fecha de elaboración de historia clínica					
SUBTOTAL					
<b>ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES</b>					
	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Signos y Síntomas principales					
Tiempo de enfermedad					
Forma de inicio					





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





SUBTOTAL					
NOTAS DE EVOLUCIÓN	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de evolución					
Apreciación subjetiva					
Apreciación objetiva					
Verificación del tratamiento y dieta					
Interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario					
Plan diagnóstico					
Plan terapéutico					
Firma y sello del médico que evoluciona					
SUBTOTAL					
REGISTROS DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Notas de ingreso de enfermería/obstetricia					
Notas de Evolución de enfermería/obstetricia					
Hoja de Gráfica de Signos vitales					
Hoja de balance hídrico					
Kardex					
Firma y sello del Profesional					
SUBTOTAL					
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Informe de Alta					
Medicamentos prescritos					
Cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa					
SUBTOTAL					
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante					
Orden cronológico de las hojas de la historia clínica					
Pulcritud					
Legibilidad					
No uso de abreviaturas					
SUBTOTAL					
FORMATOS ESPECIALES	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Formato de interconsulta					
Formato de orden de intervención quirúrgica					
Reporte operatorio					
Hoja de evolución pre anestésica					
Lista de verificación de seguridad de la cirugía					
Hoja de anestesia					
Hoja post anestésica					





Formatos de patología clínica formato de diagnóstico por imágenes					
Formato de anatomía patológica					
Formato de consentimiento informado					
Formato de retiro voluntario					
Epicrisis					
SUBTOTAL					
TOTAL					
<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>					





ANEXO Nº 8

FORMATO DE EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA

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 PROFESIONAL DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA	
DIAGNÓSTICO	
CIE 10	

II) OBSERVACIONES

DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS			
TIPO Y N° SEGURO			
N° HISTORIA			
SERVICIO/PISO/UNIDAD			
N° DE CAMA			
EDAD			
PESO (Según sistema del servicio)			
FECHA			
SUBTOTAL			
CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
VIA ORAL / ENTERAL			
VIA PARENTERAL			
AGUA DE OXIDACIÓN			
TRANSFUSIONES			
TOTAL DE INGRESOS			
REGISTRA LOS EGRESOS:			
DIURESIS			
DEPOSICIÓN			
VÓMITOS			
PERDIDA INSENSIBLE			
OTROS EGRESOS			
TOTAL DE EGRESOS			





<b>BALANCE TOTAL</b>			
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>CALIDAD DEL REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
REGISTRO LEGIBLE			
PULCRITUD			
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO U OBSTETRA			
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)			
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>TOTAL</b>			
<b>CALIFICACIÓN</b>			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSION</b>			
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>			





## ANEXO N° 9

## FORMATO DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA

## 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 PROFESIONAL	
DIAGNÓSTICO	
CIE 10	

## II) OBSERVACIONES

DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS			
TIPO Y N° SEGURO, REGISTRO			
N° HISTORIA.			
SERVICIO/PISO/UNIDAD			
N° DE CAMA			
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE			
ESTANCIA			
SEXO			
EDAD			
SUBTOTAL			
CONTENIDO DEL REGISTRO			
REGISTRA FRECUENCIA CARDIACA			
REGISTRA FRECUENCIA RESPIRATORIA			
REGISTRA PRESIÓN ARTERIAL			
REGISTRA TEMPERATURA			
REGISTRO BASAL DE LA TEMPERATURA EN 36 °C			
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA CARDIACA EN 60/ MIN.			





REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA 20/ MIN.			
REGISTRA TRAZADO LINEAL (COLOR ROJO EN 37°C)			
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>OTROS REGISTROS</b>			
REGISTRA OPERACIÓN Y DIAS POST OPERATORIOS SI EL CASO REQUIERE			
REGISTRA TOTAL DE EGRESOS EN 24 HORAS (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)			
REGISTRA DÍAS DE MENSTRUACIÓN (GINECOLOGIA)			
PESO			
TALLA			
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS			
REGISTRA COMPONENTES SANGUINEOS			
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>CALIDAD DEL REGISTRO</b>			
LETRA Y NÚMEROS LEGIBLES			
NO BORRONES NI ENMENDADURAS			
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)			
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>TOTAL</b>			
<b>CALIFICACIÓN</b>			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSION</b>			
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>			





## ANEXO N° 10

## FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX ENFERMERÍA

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 PROFESIONAL			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
<b>DATOS DE FILIACIÓN</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
NOMBRES Y APELLIDOS			
TIPO Y N° SEGURO			
N° HISTORIA			
SERVICIO/PISO/UNIDAD			
N° DE CAMA			
EDAD			
PESO			
FECHA Y HORA DE INGRESO			
DIAGNÓSTICO MÉDICO			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA			
GRADO DE DEPENDENCIA			
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS			
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>CONTENIDO DEL REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
FECHA			
HORA			
REGISTRO DE DIETA INDICADA			
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VIA, MEDICAMENTO, HORA			
REGISTRO DE EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO			
REGISTRO DE INTERCONSULTAS			
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES			
FECHA Y HORA DE CITA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>ATRIBUTOS DEL REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES			
PULCRITUD			





FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO			
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)			
SUBTOTAL			
TOTAL			
CALIDAD DEL KÁRDEX			CALIFICATIVO
REGISTRO DEL CHECK (Cumplimiento "I", Suspensión "II", no cumplimiento "0")			
CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO DE ACUERDO A INDICACIONES MÉDICAS			
REGISTRA CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y/O INTER- CONSULTA SOLICITADA			
Total			
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			





## ANEXO N° 11

## FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

## 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 PROFESIONAL	
DIAGNÓSTICO	
CIE 10	

## II) OBSERVACIONES

DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRE Y APELLIDOS			
SEXO			
EDAD			
TIPO Y N° SEGURO, REGISTRO.			
N° HISTORIA			
SERVICIO/UNIDAD			
N° DE CAMA			
SUBTOTAL			
CONTENIDO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CONSIGNA LA FECHA Y HORA			
CONSIGNA DATOS SUBJETIVOS			
CONSIGNA DATOS OBJETIVOS			
CONSIGNA DX. DE ENFERMERIA			
CONSIGNA PLAN DE CUIDADOS			
REGISTRA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			
REGISTRA LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA			
REGISTRA LA EXISTENCIA DE EVENTOS ADVERSOS			
REGISTRA LA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EJECUTADAS			
SUBTOTAL			
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
LETRA LEGIBLE			
PULCRITUD			





USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)			
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A)			
SUBTOTAL			
<b>TOTAL</b>			
<b>CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
CONGRUENCIA ENTRE DATOS SUBJETIVOS, OBJETIVOS Y DIAGNÓSTICO			
CUMPLIMIENTO DE PLAN DE CUIDADOS			
EVALUACIÓN ACORDE CON EL RESULTADO ESPERADO			
<b>TOTAL</b>			
<b>CALIFICACIÓN</b>			
<b>SATISFACTORIO</b>	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>POR MEJORAR</b>	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>DEFICIENTE</b>	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSION</b>			
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>			





## ANEXO N° 12

## FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL PARTOGRAMA

## I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	
ASUNTO	
FECHA DE AUDITORÍA	
NÚMERO DE AUDITORÍA	
SERVICIO AUDITADO	
CÓDIGO DE LA HISTORIA CLÍNICA	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	
CÓDIGO DEL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE	
DIAGNÓSTICOS	
CIE 10	

## II) OBSERVACIONES

	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FILIACIÓN DE LA PACIENTE			
FECHA Y HORA DE INGRESO			
MEMBRANAS ROTAS			
FRECUENCIA CARDIACA FETAL			
CARACTERÍSTICAS DEL LIQUIDO AMNIÓTICO			
MOLDEAMIENTO DEL POLO CEFÁLICO FETAL			
DILATACIÓN CERVICAL			
DESCENSO CEFÁLICO			
FRECUENCIA Y DURACIÓN DE CONTRACCIONES UTERINAS			
USO DE OXITOCINA			
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS			
PRESIÓN ARTERIAL			
PULSO			
TEMPERATURA			
PROTEÍNAS, CETONAS Y VOLUMEN DE ORINA			
SE ANOTO FECHA Y HORA DEL PARTO			
SE ANOTO PESO TALLA Y APGAR			
SE ANOTO TIEMPO DE DURACIÓN DEL PARTO			
SUBTOTAL			





ATRIBUTOS DEL PARTOGRAMA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE			
PULCRITUD			
LEGIBILIDAD			
SUBTOTAL			
TOTAL			
CALIDAD DE ATENCIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CURVA DE ALERTA GRAFICADA ADECUADAMENTE			
EVOLUCIÓN DEL PARTO			
TOMA DE DECISIÓN OPORTUNA CUANDO LA CURVA DE ALERTA PASO LA LÍNEA DE ACCIÓN O ANTE UNA ALTERACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL PARTO			
APLICACIÓN DEL PARTOGRAMA COMO INDICA OMS			
TOTAL			
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO			
POR MEJORAR			
DEFICIENTE			
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			





## ANEXO N° 13

## FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX DE OBSTETRICIA

## I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	
ASUNTO	
FECHA DE AUDITORÍA	
NÚMERO DE AUDITORÍA	
SERVICIO AUDITADO	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL OBSTETRA	
DIAGNÓSTICOS	
CIE 10	

## II) OBSERVACIONES

DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FECHA DE INGRESO			
NOMBRES Y APELLIDOS			
TIPO Y N° SEGURO			
N° HISTORIA.			
SERVICIO/PISO/UNIDAD			
N° DE CAMA			
EDAD			
DIAGNÓSTICOS			
ALERGIA A MEDICAMENTOS			
<b>SUBTOTAL</b>			
INDICACIONES TERAPEÚTICAS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FECHA			
HORA			
REGISTRO DE DIETA INDICADA			
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VÍA, MEDICAMENTO, HORA.			





REGISTRO DE EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO			
REGISTRO DE INTERCONSULTAS			
REGISTRO DE MONITOREO FETAL			
REGISTRO DE PROGRAMACIÓN DE SALA			
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES			
SUBTOTAL			
<b>CALIDAD DE REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
REGISTROS LEGIBLES			
NO BORRONES NI ENMENDADURAS			
FIRMA Y SELLO DEL OBSTETRA			
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)			
SUBTOTAL			
TOTAL			
<b>CALIFICACIÓN</b>			
<b>SATISFACTORIO</b>	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>POR MEJORAR</b>	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>DEFICIENTE</b>	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSION</b>			
<b>V.- RECOMENDACIONES:</b>			





## ANEXO N° 14

## FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITA- LES OBSTETRICIA

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CÓDIGO DE LA HISTORIA CLÍNICA			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
<b>DATOS DE FILIACIÓN</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
NOMBRES Y APELLIDOS			
TIPO Y N° SEGURO			
N° HISTORIA.			
SERVICIO/PISO/ UNIDAD			
N° DE CAMA			
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE			
ESTANCIA			
SEXO			
EDAD			
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>CONTENIDO DEL REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
REGISTRA FRECUENCIA CARDIACA			
REGISTRA FRECUENCIA RESPIRATORIA			
REGISTRA PRESIÓN ARTERIAL			
REGISTRA TEMPERATURA			
REGISTRO BASAL DE LA TEMPERATURA EN 36 °C			
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA CARDIACA EN 60/ MIN.			
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA 20/MIN.			





REGISTRA TRAZADO LINEAL (COLOR ROJO EN 37°C)			
SUBTOTAL			
DATOS GENERALES REFERIDOS A LA EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRO DE ALTURA UTERINA			
FRECUENCIA CARDIACA FETAL			
SANGRADO /LOQUIOS			
LIQUIDO AMNIÓTICO			
DINÁMICA UTERINA			
SECRECIONES CERVICOVAGINALES			
SUBTOTAL			
OTROS REGISTROS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRA OPERACIÓN Y DIAS POST OPERATORIOS SI EL CASO REQUIERE			
REGISTRA TOTAL DE EGRESOS EN 24 HORAS (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)			
PESO			
TALLA			
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS			
REGISTRA COMPONENTES SANGUÍNEOS ADMINISTRADOS			
SUBTOTAL			
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
LETRA Y NÚMEROS LEGIBLES			
NO BORRONES NI ENMENDATURAS			
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)			
SUBTOTAL			
TOTAL			
<b>CALIFICACIÓN</b>			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSIÓN</b>			
<b>V.- RECOMENDACIÓN</b>			





## ANEXO N° 15

## FORMATO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA

## I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ	
NUMERO DE AUDITORÍA	
FECHA DE AUDITORÍA	
SERVICIO AUDITADO	
ASUNTO	
FECHA DE ATENCIÓN BRINDADA	
CODIFICACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA	
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	
CIE 10	

## II.- OBSERVACIONES

A) ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FILIACIÓN			
Nombres y apellidos del paciente			
Lugar de nacimiento			
Fecha de nacimiento			
Edad			
Sexo			
Domicilio actual			
Domicilio de procedencia			
Documento de identidad			
Estado Civil			
Grado de instrucción			
Ocupación			
Religión			
Nombre del padre, madre o apoderado			
Teléfono / correo electrónico			
Sub Total			
ANTECEDENTES	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Antecedentes generales			
Antecedentes fisiológicos			
Antecedentes inmunológicos			
Antecedentes patológicos			
Antecedentes familiares			





Antecedentes epidemiológicos			
Antecedentes ocupacionales			
<b>Sub Total</b>			
<b>ENFERMEDAD ACTUAL</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Fecha y Hora de atención			
Motivo de la consulta			
Tiempo de enfermedad			
Síntomas principales			
Relato cronológico			
Funciones biológicas			
<b>Sub Total</b>			
<b>B) EXAMEN CLÍNICO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Estado General			
Signos Vitales			
Examen extraoral			
Examen intraoral			
Ficha odontológica			
Riesgo estomatológico			
<b>Sub Total</b>			
<b>C) PLAN DE TRABAJO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Plan de trabajo para el diagnóstico definitivo (incluye imágenes)			
<b>Sub Total</b>			
<b>D) EXAMENES AUXILIARES E INTER-CONSULTAS EN HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Exámenes auxiliares			
Interconsultas			
<b>Sub Total</b>			
<b>E) DIAGNÓSTICOS</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
a) Presuntivo/s			
b) Definitivo/s			
c) CIE 10			
<b>Sub Total</b>			
<b>F) APRECIACIÓN DEL CASO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Pronóstico			
<b>Sub Total</b>			
<b>G) TRATAMIENTO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Nombre del medicamento con Denominación Común Internacional			
Presentación			
Dosis			





Frecuencia			
Vía de administración			
Medidas generales			
<b>Sub Total</b>			
<b>H) CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Consentimiento informado			
Descripción del procedimiento			
<b>Sub Total</b>			
<b>J) INDICACIÓN DE ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Nombre del profesional			
Fecha del alta odontológica			
<b>Sub Total</b>			
<b>K)- ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Pulcritud			
Registro de fecha y hora de atención			
Registro de descanso médico indicando número total de días de descanso y fechas de inicio y término del mismo			
Registra apellidos y nombres del paciente, y el número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica			
Letra legible			
Sello y firma del cirujano dentista			
<b>Sub Total</b>			
<b>Total</b>			
<b>CALIFICACION</b>			
<b>SATISFACTORIO</b>	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>POR MEJORAR</b>	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>DEFICIENTE</b>	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO		
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSION</b>			
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>			

