



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE

OFICINA ASESORA DE DESARROLLO ESTRATÉGICO

LILIANA M. SANTOYA TORRES
Jefe de Oficina de Desarrollo Estratégico

OBJETIVOS

- Consolidar y analizar la información generada por cada unidad funcional para asesorar en la toma de decisiones gerenciales.
- Realizar los reportes de obligatorio cumplimiento.
- Revisar los procesos, procedimientos y protocolos institucionales concertados.





E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE

FORMATOS Y REGISTROS

ROL DEL ESTUDIANTE EN ROTACIÓN

Quienes participan en la atención a los usuarios del HUC son **los directos responsables de generar la información con calidad para nutrir el sistema de información** y de esta forma cumplir con el compromiso de entregar oportunamente los informes que son de obligatorio cumplimiento ante entes de control departamental y nacional.



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE

NIT.900 042 103 - 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, mayor de edad e identificado (a) con
cédula de ciudadanía No. _____, con domicilio en la ciudad de
_____, dirección _____ y teléfono _____;
actuando como representante legal del (la) paciente _____,
identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, con domicilio en
la ciudad de _____, dirección _____ y teléfono
_____.

DECLARO

Que luego de la explicación realizada por el Dr. _____,
acerca del estado y pronóstico clínico de mi representado, y de todas las
aclaraciones realizadas por dicho doctor, el cual ha realizado respuestas
comprensibles para mí, AUTORIZO a realizar todos los procedimientos,
intervenciones o actividades que él u otro médico del Hospital Universitario
del Caribe, consideren pertinente para el tratamiento integral de mi
representado, tratamiento que puede cambiar o variar dependiendo de la evolución
del paciente y del concepto del médico tratante.

Autorizo también a tomar fotografías y videos en el caso que sean de interés y
utilidad científica, siempre y cuando se garantice el más absoluto respeto a la
intimidad y anonimato.

Autorizo también la presencia de estudiante de medicina y especialistas en
formación durante el tratamiento.

En Cartagena de Indias a los _____ días del mes de _____ de 200_____

Firma del Representante del Paciente

Firma del Médico

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las
consecuencias de mi decisión:

Firma del Representante del Paciente

Firma del Médico

Firma del Testigo



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE
NIT: 900 042 103-5

SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

HISTORIA CLINICA

CODIGO:

FECHA:

REVISION No.

DOCUMENTO
CONTROLADO:

PAGINA:

Fecha: _____ Hora: _____ A.m. P.m.

H.C. No. _____ Servicio: _____ Empresa: _____ Cama No.: _____

Nombres: _____ Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad y sexo M _____ F _____

Natural _____ Procedencia _____

Dirección _____ Teléfono _____

Padres o personas responsable _____

Motivo de consulta _____

Enfermedad actual _____

Antecedentes Perinatales _____

Psicomotor _____

Alimentación _____

Socioeconómicos _____

Vacunación _____

Familiares _____

Alérgicos _____

Transfusionales _____

Quirúrgicos _____

Patológicos _____

Examen Físico: Peso _____ Talla _____ PC _____ Peso/Talla _____ Peso/Edad _____

Talla/ Edad _____ F.C. _____ FR _____ TA _____ Temp _____ Glasgow _____

Aspecto General _____



PAGINA:

EVOLUCIONES MÉDICAS

[illegible]

Gerencia



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE

NIT.900 042 103 - 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Angel Sabala Motica, mayor de edad e identificado (a) con
cédula de ciudadanía No. 73575187, con domicilio en la ciudad de _____,
dirección _____ y teléfono _____,
actuando como representante legal del (la) paciente _____,
identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, con domicilio en
la ciudad de _____, dirección _____ y teléfono _____

DECLARO

Que luego de la explicación realizada por el Dr. _____, acerca del estado y pronóstico clínico de mi representado, y de todas las aclaraciones realizadas por dicho doctor, el cual ha realizado respuestas comprensibles para mí, AUTORIZO a realizar todos los procedimientos, intervenciones o actividades que él u otro médico del Hospital Universitario del Caribe, consideren pertinente para el tratamiento integral de mi representado, tratamiento que puede cambiar o variar dependiendo de la evolución del paciente y del concepto del médico tratante.

Autorizo también a tomar fotografías y videos en el caso que sean de interés y utilidad científica, siempre y cuando se garantice el más absoluto respeto a la intimidad y anonimato.

Autorizo también la presencia de estudiante de medicina y especialistas en formación durante el tratamiento.

En Cartagena de Indias a los 6 días del mes de 05 de 20013

Angel de Jesus Sabala
Firma del Representante del Paciente

Firma del Médico

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión:

Firma del Representante del Paciente

Firma del Médico

Firma del Testigo

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE
NIT.900 042 103 - 5
CONSENTIMIENTO INFORMADO

[Redacted] mayor de edad e identificado (a) con
cédula de ciudadanía No. [Redacted], con domicilio en la ciudad de
[Redacted], dirección [Redacted] y teléfono [Redacted];
actuando como representante legal del (la) paciente [Redacted],
identificado(a) con cédula de ciudadanía No. [Redacted], con domicilio en
la ciudad de [Redacted], dirección [Redacted] y teléfono [Redacted].

DECLARO

Que luego de la explicación realizada por el Dr. [Redacted],
acerca del estado y pronóstico clínico de mi representado, y de todas las
aclaraciones realizadas por dicho doctor, el cual ha realizado respuestas
comprensibles para mí, AUTORIZO a realizar todos los procedimientos,
intervenciones o actividades que él u otro médico del Hospital Universitario
del Caribe, consideren pertinente para el tratamiento integral de mi
representado, tratamiento que puede cambiar o variar dependiendo de la evolución
del paciente y del concepto del médico tratante.

Autorizo también a tomar fotografías y videos en el caso que sean de interés y
utilidad científica, siempre y cuando se garantice el más absoluto respeto a la
intimidad y anonimato.

Autorizo también la presencia de estudiante de medicina y especialistas en
formación durante el tratamiento.

En Cartagena de Indias a los 6 días del mes de 05 de 20013

[Redacted]
Firma del Representante del Paciente

Firma del Médico

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las
consecuencias de mi decisión:

Firma del Representante del Paciente

Firma del Médico



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, mayor de edad e identificado (a) con
cédula de ciudadanía No. _____, con domicilio en la ciudad de
_____, dirección _____ y teléfono _____;
actuando como representante legal del (la) paciente _____,
identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, con domicilio en
la ciudad de _____, dirección _____ y teléfono _____.

DECLARO

Que luego de la explicación realizada por el Dr. _____,
acerca del estado y pronóstico clínico de mi representado, y de todas las
aclaraciones realizadas por dicho doctor, el cual ha realizado respuestas
comprensibles para mí, AUTORIZO a realizar todos los procedimientos,
intervenciones o actividades que él u otro médico del Hospital Universitario
del Caribe, consideren pertinente para el tratamiento integral de mi
representado, tratamiento que puede cambiar o variar dependiendo de la evolución
del paciente y del concepto del médico tratante.

Autorizo también a tomar fotografías y videos en el caso que sean de interés y
utilidad científica, siempre y cuando se garantice el más absoluto respeto a la
intimidad y anonimato.

Autorizo también la presencia de estudiante de medicina y especialistas en
formación durante el tratamiento.

En Cartagena de Indias a los _____ días del mes de _____ de 200_____

Firma del Representante del Paciente

Firma del Médico

~~Rechazo~~ el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las
consecuencias de mi decisión:

Firma del Representante del Paciente

Firma del Médico

Firma del Testigo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

_____, de edad e identificado (a) con _____, con domicilio en la ciudad de _____ y teléfono _____; actuando como representante legal del (la) paciente _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, con domicilio en la ciudad de _____, dirección _____ y teléfono _____.

DECLARO

Que luego de la explicación realizada por el Dr. _____, acerca del estado y pronóstico clínico de mi representado, y de todas las aclaraciones realizadas por dicho doctor, el cual ha realizado respuestas comprensibles para mí, AUTORIZO a realizar todos los procedimientos, intervenciones o actividades que él u otro médico del Hospital Universitario del Caribe, consideren pertinente para el tratamiento integral de mi representado, tratamiento que puede cambiar o variar dependiendo de la evolución del paciente y del concepto del médico tratante.

Autorizo también a tomar fotografías y videos en el caso que sean de interés y utilidad científica, siempre y cuando se garantice el más absoluto respeto a la intimidad y anonimato.

Autorizo también la presencia de estudiante de medicina y especialistas en formación durante el tratamiento.

En Cartagena de Indias a los _____ días del mes de _____ de 200_____

X

Firma del Representante del Paciente

Cc:

Firma del Médico

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión:

Firma del Representante del Paciente

Firma del Médico

Firma del Testigo



SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE
Nro. 900.042.103-5

EVOLUCIONES MÉDICAS

FECHA:

REVISIÓN No.

DOCUMENTO
CONTROLADO

PAGINA:

Nombre y Apellidos:

EPS: DADI-3

SERVICIO: C...

CAMA: 4

Especiales

EVOLUCIONES MÉDICAS

Nota: Emplee por la fecha y hora y al finalizar coloque firma y sello.

Elaborado
Sugerencia Científica

Revisado
Oficina de Gestión de la Calidad

Aprobado
Gerencia

[illegible]

Historia con resaltador y espacios en blanco



Historia con espacios en blanco, sin nombre, hora, identificación, etc.



IMPACTO DEL INCORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA:

- Diagnóstico errado.
- Estancias prolongadas
- Aumento de los costos hospitalarios
- Procesos jurídicos en contra de la institución
- Inconsistencias que pueden generar sanciones institucionales
- Glosas .

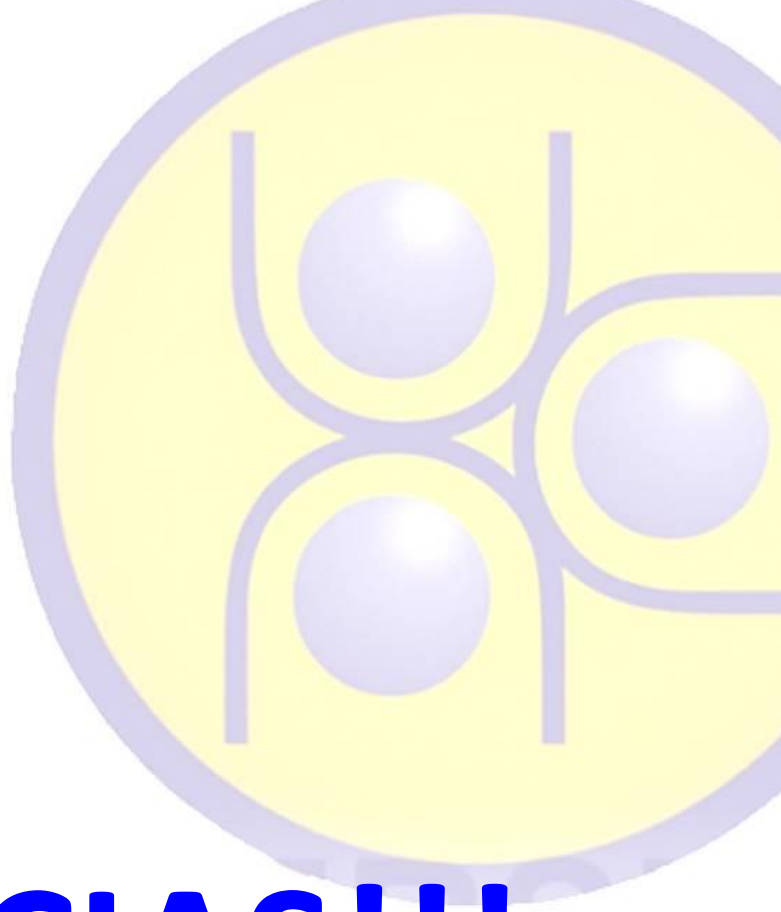
RECUERDE :

- No registrar información no contemplada en la Historia Clínica.
- No hacer notas que impacten negativamente los procesos de atención.

CAPACITACIONES

TEMA

- Sistema obligatorio de garantía de la calidad
- Manejo de historia clínica y registros
- Referencia y contrareferencia
- Sistema de información indicadores RUAF
- Conceptos básicos de seguridad del paciente
- Eventos adversos - Protocolo de Londres - Procedimiento
- Manejo adecuado de residuos hospitalarios
- Infecciones nosocomiales
- Responsabilidad medico-legal
- Riesgos laborales
- Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual.
Resolución 4568 de 16 octubre de 2014: Protocolo de atención de urgencias a víctimas de ataques con agentes químicos.
- Farmacovigilancia y tecnovigilancia



GRACIAS!!!

