		LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE ACUERDO A LA RESOLUCION N°839 DEL 2017 Y LA RESOLUCIÓN 3100 DEL 2019					
	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		**EMERGENCIAS 911**				
	REPRESENTANTE LEGAL						
	DIRECCIÓN/TELÉFONO						
	NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA						
	FECHA Y HORA DE LA VISITA						
	N	**ACTIVIDADES**	**C**	**NC**	**NA**	**VALOR**	**OBSERVACIONES**
	Estándar de historia clínica y registros						
	Complejidades baja y mediana						
1	**Las historias clínicas cuentan con los componentes y los contenidos mínimos definidos en la normatividad que regula la materia.**						
1.1	**Nombre del paciente atendido o trasladado**						
	b)Tipo de identificación y numero de identificación						
	c) Clasificacion del Sexo						
	d) Estado civil						
	e) Feha de nacimiento						
	g) Edad						
	h) Ocupación						
	i) Direccion						
	j) Telefono						
1.2	**Nombre del acompañante responsable**						
	a) Telefono del acompañante						
	b) Parentesco						
1.3	**Fecha**						
1.4	**HORA:**						
	a) Hora de notificacion de la emergencia						
	b) Hora de arribo al sitio de la emergencia						
	c) Hora de salida del sitio de emergencia						
	d) Hora de llegada al servicio de urgencias						
	e) Hora de entrega del paciente en el servicio de urgencias						
1.5	**Lugar de ocurrencia de la atención (Origen)**						
1.7	**Tipo de servicio (Transporte de baja o mediana complejidad)**						
1.8	**Nombre del personal que atiende el servicio**						

	a) Nombre completo del tripulante					
	b) Documento de idetificación					
	c) Ocupacion					
	d) Nombre y apellidos del Conductor					
	e) Placa Movil					
	f) Numero de docuemento del Conductor					
1.9	**Procedimientos durante el traslado o atención**					
	Está redactado como una nota descriptiva y bien detallada de toda la atención dada al paciente desde el momento en que llegan a la escena hasta que lo entregan al servicio de urgencias, se deben registrar todos los procedimientos en salud aplicadas.					
1.10	**Evolución**					
	Está redactado como una nota descriptiva y bien detallada del estado de salud del paciente, de los cambios observados en los signos y sintomas, durante el traslado.					
	a) Triage prehospitalario					
	b) Antecedentes personales: alergicos, patologicos, medicacion, liquidos y					
	c) Signos vitales: FC, FR, PA, T°, Glasgow RO, RV, RM					
	d) Localizacion de la lesion					
1.6	**Destino del servicio (Nombre de IPS de recibo del paciente)**					
	a) Nombre de la IPS servicio de urgencias que recibe el paciente					
	b) Nombre y cargo de la persona que recibe					
	c) Estado en que se entrega el paciente (Vivo o fallecido)					
	d) Hora de entrega del paciente en el servicio de urgencias					
	e) Firma de quien recibe					
1.11	**OTROS** *(no están en la norma, pero se requieren para servicio de transporte de pacientes)*					
	a) Tipo de incidente *(Causa externa que origina la atencion, enfermedad general,Lesion por agresion, Lesion autoinflingida,Catastrofe,Accidente comun, Accidente de transito,Accidente de trabajo,Acc Rbico U ofidico, otro)*					
	b) Hallazgos o cinemática del trauma					
	Aseguradora responsable del paciente					
	Regimen					
	ARL					
	Poliza cubre la atención					
	Nombre de aseguradora de póliza:					
	Número de póliza:					
	Vigente?:					
2.	El prestador de servicios de salud cuenta con un procedimiento de consentimiento informado que incluye mecanismos para verificar su aplicación, para que el paciente o usuario o su responsable aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios,riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial.					

3.	La historia clínica y los registros asistenciales se diligencian en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.					
3.1	La información de la historia clinica es coherente, técnica, da una información clara del estado de salud del paciente *(Ejemplo signos vitales coherentes con la descripción del paciente, la descripción de la ubicación de la lesión es diferente a la descripción, o no colocan signos vitales etc)*					
4	Cada anotación lleva la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.					
5	8. La historia clínica y demás registros son conservados en archivo único garantizando la custodia y confidencialidad de los documentos o registros protegidos legalmente por reserva.					
6	10. Cuando el prestador de servicios de salud utilice mecanismos electrónicos, ópticos o similares para generar, recibir, almacenar, o disponer datos de la historia clínica y para conservarlos, debe avalar que el mecanismo utilizado cumple con características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad del documento, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de información y Comunicaciones, para lo cual el prestador presentará un documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente certificando que el mecanismo usado por el prestador cumple con la normatividad mencionada.					

TOTAL	**51**	**13**		**86,44%**	

CONCEPTO FINAL EMITIDO

Una vez finalizado el modelo de lista de chequeo para auditar historias clínicas, se concluye que el instrumento permite una evaluación objetiva de un regsitro de traslado de pacientes en vehículo ambulancia, en relación con las disposiciones reglamentarias vigentes de su contenido a le fecha.

La revisión de historias clínicas se fundamenta en la información que se registra en los formatos establecidos por cada entidad de salud, lo que ayuda a analizar los campos completados. También proporciona la oportunidad de centrarse en revisar el contenido y el alcance de la historia clínica.

Así, la revisión de historias clínicas se centra en estándares técnicos que se basan en la técnica científica y se definen en términos de pertinencia y consistencia, además de la conformidad profesional con las directrices y protocolos institucionales.
Se recomienda para la aplicación de este formato:
1.Preparación del profesional que aplicara el instrumento.
2.Revisar los criterios a evaluar.
3.Establecer la muestra de historias clínicas a auditar:
4.Selección aleatoria de las historias clínicas a auditar.
5.Evaluación de cumplimiento.
6.Medición y seguimiento.

Superada una primera fase de acompañamiento y auditoria a los prestadores de transporte, se hace necesario emitir planes de mejoramiento en las entidades que así lo requieran. Posterior al seguimiento del plan de mejora, se identifican si subsisten hallazgos y no adherencia a la norma, para fomentar de esta manera el uso de las herramientas de las que disponen los prestadores en primera línea de respuesta del SEM Pereira: Regsitro de traslado en aplicativo tripulantes, gestion de solicitudes.

Es fundamental hacer énfasis en que empezará ya a regir la norma de historia clínica digital, la cual podría requerir altas inversionres de parte de los prestadores, por los soportes de seguridad que se exigen, y el registro del que disponenen en el SEM cumple con todos los estándares exigidos por la norma.

Elaboró:
MANUEL JOSE OSSA ARIAS
TEMPORALES CON VISION SAS