



Nº 190 -2013-SA-DG-INR

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Resolución Directoral

Chorrillos, 22 de Octubre del 2013

Visto el expediente N°006892-2013 e Informe N°0180-OGC-2013, de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución Directoral N°296-2012-SA-DG-INR, de fecha 26 de Diciembre del 2012, se conforma el Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

Que, mediante Resolución Directoral N°082-2013-SA-DG-INR, de fecha 07 de Mayo del 2013, se aprueba el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud correspondiente al año 2013;

Que, con la finalidad de dar cumplimiento al objetivo específico N°04 del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2013, orientado a impulsar la utilización de la información obtenida en los procesos de auditoría para la formulación de acciones, planes y/o proyectos de mejora continua de la calidad, el Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad, a través de la Coordinadora, ha diseñado la versión modificada del instructivo para las fichas de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, con criterio a la atención especializada;



Que, el citado documento, ha sido revisado por la Sub Dirección General y cuenta con opinión favorable para su aprobación; por lo que resulta pertinente emitir la resolución correspondiente;

De conformidad con Resolución Ministerial N°474-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención, Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, Resolución Ministerial N°715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación y en uso de las facultades conferidas;

Con el visado de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;



SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar y oficializar el uso de la FICHA DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE CONSULTA EXTERNA en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN; para el desarrollo de las auditorías que se programen en la Institución, la misma que consta de Ocho (08) folios y Ocho (08) títulos, que forman parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Notificar la presente resolución a la Oficina de Gestión de la Calidad, el Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud y la Coordinadora del Comité; para su aplicación en el ámbito correspondiente.

Regístrese y comuníquese

FAUF/EC
R.D.112-2013
c.c. órganos de línea
Oficina de Gestión de la Calidad
Comité ACAS
Coordinadora del COM.ACAS
OAJ
OCI
Responsable Portal Web INR

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN
Dr. Fernando A. Urcia Fernández
DIRECTOR GENERAL
CMP. N° 16500 RNE. N° 6819



FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE CONSULTA EXTERNA				
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:				
FECHA DE CONSULTA O CONSULTAS:				
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLÍNICA:				
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/Etnia	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
SUB. TOTAL "A"				





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	SI/N.A.	1	NO	0
SUB. TOTAL "B"				

C.- ANTECEDENTES/(PRIMERA CONSULTA O CONSULTA NUEVA):				
Fisiológicos: gestacionales, nacimiento, desarrollo psicomotor, alimentación.	SI/N.A.	1	NO	0
Inmunológicos	SI/N.A.	1	NO	0
Patológicos: Incluyendo alergias	SI/N.A.	1	NO	0
Familiares	SI/N.A.	1	NO	0
Epidemiológicos	SI/N.A.	1	NO	0
Ocupacionales	SI/N.A.	1	NO	0
SUB. TOTAL "C"				

D.- EXPLORACIÓN FÍSICA Y/O MENTAL (PRIMERA CONSULTA O CONSULTA NUEVA):				
CONTROLES VITALES:				
Frecuencia Cardíaca	SI/N.A.	1	NO	0
Frecuencia Respiratoria	SI/N.A.	1	NO	0
Presión Arterial	SI/N.A.	1	NO	0
Frecuencia del 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
SUB. TOTAL "D"				





E.- DIAGNÓSTICO (PRIMERA CONSULTA O CONSULTA NUEVA):				
Diagnóstico presuntivo/problema	S/N.A.	1	NO	0
Diagnóstico definitivo (cuando corresponda a partir de la segunda consulta)	S/N.A.	1	NO	0
Uso del C.I.E. 10, CIDDM, CIF	S/N.A.	1	NO	0
SUB. TOTAL "E"				

F.- PLAN DE TRABAJO				
Plan de trabajo	S/N.A.	1	NO	0
SUB. TOTAL "F"				

G.- APRECIACIÓN				
Apreciación del caso	S/N.A.	1	NO	0
SUB. TOTAL "G"				

H.- TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES:				
Nombre del medicamento	S/N.A.	1	NO	0
Dosis	S/N.A.	1	NO	0
Frecuencia de administración	S/N.A.	1	NO	0
Vía de administración	S/N.A.	1	NO	0
Medidas Higiénico dietéticas	S/N.A.	1	NO	0
Medidas preventivas	S/N.A.	1	NO	0
SUB. TOTAL "H"				

I. - NOTAS DE EVOLUCIÓN (CONTROLES), COMPLICACIONES, EXÁMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS:				
Notas de controles	S/N.A.	1	NO	0
Exámenes de laboratorio	S/N.A.	1	NO	0
Exámenes radiológicos	S/N.A.	1	NO	0
Interconsultas	S/N.A.	1	NO	0
Complicaciones	S/N.A.	1	NO	0
SUB. TOTAL "I"				





J.- IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE AL ALTA	Consta de 3 ítems los cuales deben ser llenados en su totalidad
Identificación del médico que brindó la atención	Nombre y apellidos, CMP, RNE, firma y sello del profesional que brinda el alta
Identificación de la fecha de alta	Fecha en que se realiza el alta (dd/mm/aa)
Identificación de las indicaciones de alta	Indicaciones completas del alta
SUB. TOTAL "J"	Sumatoria de todos los puntajes obtenidos en I
K.- ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	Consta de 6 ítems los cuales deben ser consignados en su totalidad
Pulcritud	Historia clínica limpia, ordenada, sin enmendaduras o borrones
Registro de la hora de Atención	Es válido en 50% + 1 evolución
Registra descanso médico indicando número total de días de descanso y fechas de inicio y término del mismo.	
Registra nombres, apellidos y número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica	Es suficiente en 1 de las páginas de las hojas de la historia clínica
Letra legible	
Sello, CMP, RNE y firma del médico y/o profesional de la salud	
SUB. TOTAL "K"	Sumatoria de todos los puntajes obtenidos en J
CALIFICACION TOTAL	SUMATORIA DE TODOS LOS PUNTAJES OBTENIDOS
Total de No Aplicables	Sumatoria N° de 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)
% de No Aplicables	Datos porcentuales de la cantidad de No aplicables, teniendo en cuenta que el puntaje máximo es de 63 puntos (100%)
L.- CALIFICACION	
ACEPTABLE	Puntaje igual o mayor a 50 puntos
POR MEJORAR	Puntaje menor a 50 puntos
IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:	Cuando se incumple totalmente con el estándar. Son seleccionadas por el equipo auditor
V.- INCONFORMIDADES MENORES:	Cuando se incumple parcialmente con el estándar. Son seleccionadas por el equipo auditor





INSTRUCTIVO DE FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE CONSULTA EXTERNA	
I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:	
SERVICIO AUDITADO:	Datos de Registro interno de las auditorías
AUDITORÍA DE CONSULTA EXTERNA NÚMERO:	Departamento seleccionado para realizar la auditoría
MIEMBRO/S DEL COMITÉ AUDITOR:	Número de registro de Auditoría de Registros de Consulta Externa del año en curso
ASUNTO:	Nombre completo de los auditores/ Código del auditor
FECHA:	Tema sobre el cual se audita
	Fecha en que se realiza la auditoría (dd/mm/aa)
II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:	
ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:	Colocar la última fecha de consulta (dd/mm/aa)
FECHA DE CONSULTA O CONSULTAS:	Colocar fecha en la que el paciente ha sido evaluado por primera vez (dd/mm/aa)
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:	Nº de historia clínica
CODIGO DEL COLEGIO PROFESIONAL DEL PERSONAL TRATANTE:	Nº de CMP
DIAGNÓSTICO:	Código CIE-10 del Diagnóstico principal presuntivo y/o definitivo que figura en la historia clínica (última consulta del departamento que se evalúa)
III.- OBSERVACIONES:	
Datos registrados en la historia clínica	
A.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES	
Consta de 16 ítems, y constituyen datos que se deben registrar al momento de abrirse la historia clínica: hoja de Identidad del paciente (traje administrativo)	
Número de historia clínica	Código único institucional, según codificación estándar del usuario
Fecha de apertura de la historia clínica	Considerar fecha de triaje administrativo (dd/mm/aa)
Nombres y apellidos completos	Según se consigna en DNI
Sexo	Según se consigna en DNI
Fecha de nacimiento	Según se consigna en DNI (dd/mm/aa)
Lugar de nacimiento	Se puede consignar Distrito/Provincia/Departamento de nacimiento.
Grado de instrucción	Se puede consignar sin nivel, inicial, primaria, superior no universitaria, superior universitaria
Ocupación	Ocupación habitual
Religión	
Raza/Etnia	
Estado civil	Según se consigna en DNI
Número de Documento Nacional de Identidad (DNI)	Según se consigna en DNI
Domicilio actual	Dirección completa de domicilio actual
Domicilio de procedencia	Se puede consignar Distrito/Provincia/Departamento de procedencia. En el caso de residentes de Lima, consignar Lima
Nombre del padre	Su registro es obligatorio a todas las edades, siendo datos consignados en el reverso del DNI
Nombre de la madre	formato estándar DNI-ISO ID-1 (según la norma ISO/IEC 7810 para las personas menores a 17 años) En todos los casos consignar nombres y apellidos.
SUB. TOTAL "A"	
Sumatoria de todos los puntajes obtenidos en A	





B.- ENFERMEDAD ACTUAL	Consta de 7 ítems los cuales deben ser consignados en su totalidad, los datos son obtenidos de la 1° consulta con el daño o diagnóstico evaluado.
Fecha de la consulta	Se consigna dd/mm/aa de 1° consulta con el diagnóstico o daño evaluado
Datos del informante	Nombres y apellidos del informante y su grado de parentesco, en caso de tratarse del paciente solo se consigna "paciente"
Motivo de la consulta	Textualmente lo que el paciente refiere como el motivo de consulta
Tiempo de enfermedad	En días, años según corresponda
Síntomas principales	
Relato cronológico	Consignar resumen
Funciones biológicas	Se deben considerar todas las siguientes: sed, apetito, ritmo urinario, ritmo evacuatorio y sueño
SUB. TOTAL "B"	Sumatoria de todos los puntajes obtenidos en B
C.- ANTECEDENTES / (PRIMERA CONSULTA O CONSULTA NUEVA):	Consta de 6 ítems los cuales deben ser consignados en su totalidad, los datos son obtenidos de la 1° consulta con el daño o diagnóstico evaluado.
Fisiológicos: gestacionales, nacimiento, desarrollo psicomotor, alimentación.	Obligatorio según el daño o diagnóstico evaluado. Si no aplica colocar una raya, en los espacios correspondientes
Inmunológicos	Obligatorio en menores de 15 años. Se refiere a las inmunizaciones recibidas
Patológicos: Incluyendo alergias	Obligatorio según el daño o diagnóstico evaluado. Se refiere a la presencia de patologías previas y el tratamiento recibido
Familiares	Obligatorio según el daño o diagnóstico evaluado
Epidemiológicos	Obligatorio según el daño o diagnóstico evaluado. Se refiere a Hábitos nocivos, viajes realizados, contacto con enfermedades infectocontagiosas
Ocupacionales	Obligatorio según el daño o diagnóstico evaluado y su relación con el proceso discapacitante del motivo de consulta
SUB. TOTAL "C"	Sumatoria de todos los puntajes obtenidos en C
D.- EXPLORACIÓN FÍSICA Y/O MENTAL / (PRIMERA CONSULTA O CONSULTA NUEVA):	Consta de 9 ítems. Se consideran los datos relacionados a la exploración física dirigida.
CONTROLES VITALES:	
Frecuencia Cardíaca	latidos/min
Frecuencia Respiratoria	respiraciones/min
Presión Arterial	mm Hg
Frecuencia del pulso	pulso/min
Peso	kilogramos
Talla	metros
Estado general	
Estado de conciencia	Puede considerarse lo consignado en la Evaluación neurológica
Datos del examen físico dirigido	Valoración funcional según daño evaluado
SUB. TOTAL "D"	Sumatoria de todos los puntajes obtenidos en D





E.- DIAGNÓSTICO (PRIMERA CONSULTA O CONSULTA NUEVA):	Diagnóstico motivo de consulta evaluado
Diagnóstico presuntivo/problema	Se consigna o no en historia clínica, no siendo válido su consignación solo en Ficha de Identidad de paciente o en la Hoja Resumen
Diagnóstico definitivo (cuando corresponda a partir de la segunda consulta)	Se consigna o no en historia clínica, cuando corresponda apartir de la segunda consulta, no siendo válido su consignación solo en Ficha de Identidad de paciente o en Hoja Resumen.
Uso del C.I.E. 10, CIDDM, CIF	Uso de la Codificación Internacional de enfermedades
SUB. TOTAL "E"	Sumatoria de todos los puntajes obtenidos en E
F.- PLAN DE TRABAJO	Incluye todos los exámenes auxiliares, interconsultas, procedimientos u otros necesarios
Plan de trabajo	
SUB. TOTAL "F"	Sumatoria de todos los puntajes obtenidos en F
G.- APRECIACIÓN	Interpretación sucinta del caso
Apreciación del caso	Pronóstico y metas
SUB. TOTAL "G"	Sumatoria de todos los puntaje obtenidos en G
H.- TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES:	consta de 6 ítems, los cuales deben ser considerados en su totalidad
Nombre del medicamento	En caso de prescripción farmacológica consignar obligatoriamente su Denominación Común Internacional (DCI) / Nombre de terapia
Dosis	Dosis posológica y cantidad expresada en números y letras / Número de terapias indicadas
Frecuencia de administración	Intervalo de administración / Intervalo de las terapias
Vía de administración	Forma de administración / Nombre de programa
Medidas Higiénico dietéticas	
Medidas preventivas	
SUB. TOTAL "H"	Sumatoria de todos los puntajes obtenidos en H
I. - NOTAS DE EVOLUCIÓN	La búsqueda de datos se inicia desde la última consulta (último daño/diagnóstico), luego se va retrocediendo en la historia clínica hasta máximo 8 consultas
Notas de controles	Notas de evolución en sistema SOAP, debe contener fecha y hora de atención, motivo de consulta, sintoma y signos más importantes, tratamiento recibido, cumplimiento y resultado del mismo (de ser el caso), examen físico, Diagnóstico (CIE 10), tratamiento, próxima cita, firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención
Exámenes de laboratorio	Exámenes de laboratorio u otros especializados (Test de evaluación, Audiometría, PE, EEG, etc.). De corresponder a partir de la 2da consulta. Solo si se pide exámenes, en la siguiente consulta debe hacerse un comentario de los resultados
Exámenes radiológicos	De corresponder según el daño. De corresponder a partir de la 2da consulta. Solo si se pide exámenes, en la siguiente consulta debe hacerse un comentario de los resultados
Interconsultas	De corresponder según el daño. Solo si se pide, en la siguiente consulta debe hacerse un comentario de los resultados
Complicaciones	Colocar Si (Describir)/ No Tener en cuenta que: COMPLICACIONES: en relación a su patología y consignadas en la GPC
SUB. TOTAL "I"	Sumatoria de todos los puntajes obtenidos en I





J.- IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE AL ALTA				
Identificación del médico que brindó la atención	S/N.A.	1	NO	0
Identificación de la fecha de alta	S/N.A.	1	NO	0
Identificación de las indicaciones de alta	S/N.A.	1	NO	0
SUB. TOTAL "J"				

K.- ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA				
Pulcritud	S/N.A.	1	NO	0
Registro de la hora de Atención	S/N.A.	1	NO	0
Registra descanso médico indicando número total de días de descanso y fechas de inicio y término del mismo.	S/N.A.	1	NO	0
Registra nombres, apellidos y número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica	S/N.A.	1	NO	0
Letra legible	S/N.A.	1	NO	0
Sello, CMP, RNE y firma del médico y/o profesional de la salud	S/N.A.	1	NO	0
SUB. TOTAL "K"				
CALIFICACION TOTAL				
Total de No Aplicables				
% de No Aplicables				

L.- CALIFICACIÓN:	
ACEPTABLE:	
POR MEJORAR:	

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:	

