

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	INSTRUCTIVO EVALUACIÓN DE PRE-ALTA HOSPITALARIA	CÓDIGO	INT 04002
	SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP02001)		FECHA	30/JUNIO/2015
			VERSIÓN	1.0

Instructivo Evaluación de Pre-Alta Hospitalaria INT 04002

- Objetivo:** Este instructivo evalúa la presencia de los criterios correspondientes para definir si los pacientes que han sido dados en egreso de internación pueden acceder a los servicios de salas de Pre-Alta. Es una lista de chequeo que valida el efectivo cumplimiento de criterios existentes por pacientes analizado.
- Alcance:** Todo paciente que estando en condiciones y con orden de egreso, le sea ordenado traslado a sala de Para-Alta, y efectivamente cumpla con la totalidad de criterios definidos en el instructivo INT 04001 Criterios de Pre-Alta Hospitalaria, debe estar dentro de los formatos de su historia clínica el presente instructivo como evidencia de validación e idoneidad.
- Descripción:**

NOMBRE DEL PACIENTE:

N° DOCUMENTO IDENTIDAD:

	CRITERIO	CUMPLE		OBSERVACIÓN
		SI	NO	
A	El paciente tiene ya definida la orden médica de egreso del servicio de Internación.			
B	No esta el paciente con orden de Referencia y Contrarreferencia			
C	Que el motivo de egreso de internación sea por atención médica ya ofrecida y mejoría clínica evidenciada.			
D	Tiene al paciente concepto favorable del Médico Especialista o Médico Intrahospitalario de traslado a la sala de Pre-Alta.			
E	Existencia evidenciable de información suministrada al paciente y/o familiar sobre condiciones de salud y cuidados complementarios ambulatorios a seguir, con los correspondiente soportes y registros en la historia clínica, existencia de recetario con la correspondiente orden de tratamientos farmacológicos y médicos a seguir, orden de solicitud de exámenes de apoyo diagnóstico (si está indicado), orden de solicitud de controles ambulatorios (si está indicado), soporte de incapacidades requeridas, soporte de epicrisis. Todos estos soportes y documentos fueron entregados al paciente y/o familiar, junto con la información complementaria para manejo ambulatorio.			
F	No tiene el paciente limitaciones física o psicológicas.			
G	El Paciente no tiene orden de aplicación o suministro de tratamientos farmacológicos enterales o parenterales			
H	El Pacientes no se encuentra en abandono social.			
I	El Pacientes no es de alguna Comunidades Indígenas.			
J	Conoce Participación Social y Comunitaria, y el Responsable del Proceso de Facturación, el acceso del Paciente al Área de Pre-Alta.			

NOMBRE JEFE ENFERMERIA	<input type="text"/>
FIRMA JEFE DE ENFERMERÍA	<input type="text"/>
CÓDIGO DE JEFE DE ENFERMERÍA	<input type="text"/>
NOMBRE MÉDICO INTRAHOSPITALARIO	<input type="text"/>
FIRMA MÉDICO INTRAHOSPITALARIO	<input type="text"/>
CÓDIGO DE MÉDICO INTRAHOSPITALARIO	<input type="text"/>

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre completo Cargo	Nombre completo Cargo	Comité de Calidad
FECHA DE ELABORACIÓN: 06 de Febrero de 2014	FECHA DE REVISIÓN: 20 de Febrero de 2014	FECHA DE APROBACIÓN: