

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL</b> <b>GARZÓN - HUILA</b> <b>NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: D1FO1447 - 001</b>
	<b>LISTA DE CHEQUEO PARA ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Vigencia: 14/06/2022</b>

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
SERVICIO: \_\_\_\_\_ HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

Nº	REFERENCIA	CUMPLE (10)	NO CUMPLE (10)	N/A	OBSERVACIONES
1	¿El personal interviniente con el usuario conoce el protocolo de identificación del paciente?				
2	¿El usuario está identificado correctamente en la historia clínica sistematizada?				
3	¿El usuario tiene la manilla de identificación en el lugar definido según protocolo?				
4	Si se trata de un RN ¿Se encuentra identificado con el nombre de la mamá?				
5	¿La manilla de identificación contiene dos o más datos verificadores establecidos según protocolo?				
6	¿En ninguno de los casos el usuario está identificado con el número de cama o habitación?				
7	¿La unidad está identificada correctamente según lo establecido en el protocolo?				
8	Observe cuidadosamente ¿El funcionario verifica en forma verbal y visual la correspondencia de los datos de identificación del usuario frente a ingreso, traslado y/o antes de los procedimientos?				
9	Se constata que los datos verificadores de identificación de los usuarios ubicados en Unidades Críticas (condición clínica no permite colocar La manilla de identificación), se encuentran en una placa acrílica ubicada en la cabecera de la cama del usuario.				
10	¿El usuario tiene información sobre la manilla de identificación y su importancia?				
<b>TOTAL</b>					<b>Meta: 100%</b>

**NOTA:** Diligencia la Lista de Chequeo la gestora asignada al servicio. El objetivo de la lista de chequeo es verificar la adherencia a las medidas institucionales implementadas. La meta es lograr una adherencia de las medidas implementadas del 100 al 90%. Entre el 89 y el 70% se considera un puntaje BUENO y es necesario mejorar. Menos del 70% es DEFICIENTE el cumplimiento y se debe implementar plan de mejora.

\*Realice la retroalimentación al responsable del paciente.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de Auxiliar de la Gestora