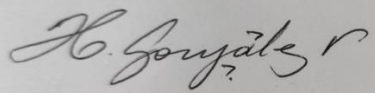
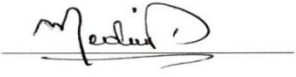




HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	Versión 1	Document o Controlad	Página 1 de 15
PROTOCOLOS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES	Fecha vigencia 01/11/2020	Código PRO-HOS-04	

## TABLA DE CONTENIDO

OBJETIVO.....	2
OBEJETIVOS ESPECIFICOS.....	2
ALCANCE .....	2
DEFINICIONES.....	3
SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	3
ATENCIÓN EN SALUD .....	3
INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA.....	3
FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD.....	3
RIESGO .....	3
EVENTO ADVERSO .....	3
INCIDENTE .....	4
BARRERA DE SEGURIDAD.....	4
MARCO NORMATIVO .....	4
GENERALIDADES.....	6
MODELO EXPLICATIVO. ....	7
Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso .....	7
Política Institucional de Seguridad del Paciente.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	15
CONTROL DE LOS CAMBIOS .....	15

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
 Heidy Linda González Vargas  Coordinadora de Enfermería	 Fariel Medina Vargas  Subgerente científico	   Duver Dicson Vargas Rojas  Agente Especial Interventor
Fecha: 01/11/2020	Fecha: 09/11/2020	Fecha: dd/11/2020



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	Versión 1	Document o Controlad	Página 2 de 15
PROTOCOLOS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES	Fecha vigencia 01/11/2020	Código PRO-HOS-04	

## OBJETIVO

Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

## OBEJETIVOS ESPECIFICOS

- Detectar cuáles son los errores en la atención del paciente relacionados con la identificación del paciente.
- Promover la dignidad del paciente al llamarlo por su nombre.
- Instalar un sistema normalizado de identificación.
- Reducir los eventos adversos durante la administración de medicamentos, transfusiones sanguíneas u otros procedimientos que se le realicen al paciente.
- Clasificar los paciente ingresados a los servicios de acuerdo a su patologías de bases

## ALCANCE

Este protocolo debe ser aplicado por las enfermeras jefes de todas las áreas, auxiliares de enfermería, médicos generales, especialistas, bacteriólogos, técnicos de radiografías a los pacientes que ingresen a los servicios prestados en el hospital regional san marcos de segundo nivel





<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Document o Controlad</b>	<b>Página 3 de 15</b>
<b>PROTOCOLOS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES</b>	<b>Fecha vigencia 01/11/2020</b>	<b>Código PRO-HOS-04</b>	

## **DEFINICIONES**

### **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

### **ATENCIÓN EN SALUD**

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

### **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA**

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

### **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

### **RIESGO**

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

### **EVENTO ADVERSO**

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Document o Controlad</b>	<b>Página 4 de 15</b>
<b>PROTOCOLOS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES</b>	<b>Fecha vigencia 01/11/2020</b>	<b>Código PRO-HOS-04</b>	

## **INCIDENTE**

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

## **BARRERA DE SEGURIDAD**

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

## **MARCO NORMATIVO**

Frente al tema de calidad en salud se encuentran referencias normativas a nivel nacional, las cuales se han impulsado de manera enérgica en los últimos años. La reforma del sector en la década de los noventa, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante la Ley 100 de 1993, contempló la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud.

Decreto 4445 1996 del Ministerio de Salud: Dictó normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

- Resolución 0741 de 1997 (Marzo 14) del Ministerio de Salud: imparte instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud; define que las Instituciones deberán establecer y desarrollar los procesos administrativos necesarios de vigilancia y seguridad para la protección de los usuarios.

- Resolución WHA55.18 de 2002 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea a los Estados miembros de la 55 Asamblea Mundial de la Salud a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente» y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología»

- Ley 872 de 2003 (diciembre 30): Creó el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, dicho sistema es visto como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados.



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Document o Controlad</b>	<b>Página 5 de 15</b>
<b>PROTOCOLOS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES</b>	<b>Fecha vigencia 01/11/2020</b>	<b>Código PRO-HOS-04</b>	

- Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia Bogotá, 11 de junio de 2008: Su objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

- Circular Conjunta 05 de 2012 del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud donde se plantea dentro de las estrategias para la maternidad segura, la adopción de la Guía Técnica de Buena Práctica de Binomio Madre-Hijo.

Así como la seguridad del paciente es contemplada de manera general en la normatividad referida inmerso dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el cual se organizó oficialmente sólo hasta el año 1996, cuando el Ministerio de Salud, promulgó el Decreto 2174, derogado posteriormente por los Decretos 2309 de 2002 y 1011 de 2006; en cada uno de estos se encuentra inmerso el tema de seguridad como un elemento fundamental en la prestación de los servicios de salud.

En el 2006 la emisión del Decreto 1011 (03 de abril de 2006) por el cual se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, continuaba definiendo el SOGCS como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”.

Este sistema tiene las siguientes características que son definidas en el Decreto 1011 de 2006:

- **Accesibilidad:** posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad:** posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios con respecto a la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- **Seguridad:** conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Document o Controlad</b>	<b>Página 6 de 15</b>
<b>PROTOCOLOS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES</b>	<b>Fecha vigencia 01/11/2020</b>	<b>Código PRO-HOS-04</b>	

- **Pertinencia:** grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

- **Continuidad:** grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

En el año 2010, se publicó la Guía Técnica No. 1 de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, que recomienda treinta (30) buenas prácticas para la Seguridad del paciente, diez (10) de las cuales, las esenciales, se hicieron obligatorias en el marco del Sistema Único de Habilitación con la expedición de la Resolución 2003 de mayo de 2014.

En el año 2014 el ministro de salud y protección social saco el decreto 903 del 13 de mayo del 2014 donde se dicta las nuevas disposiciones y lineamientos en relación con la acreditación del sistema único en salud en prestaciones del servicio

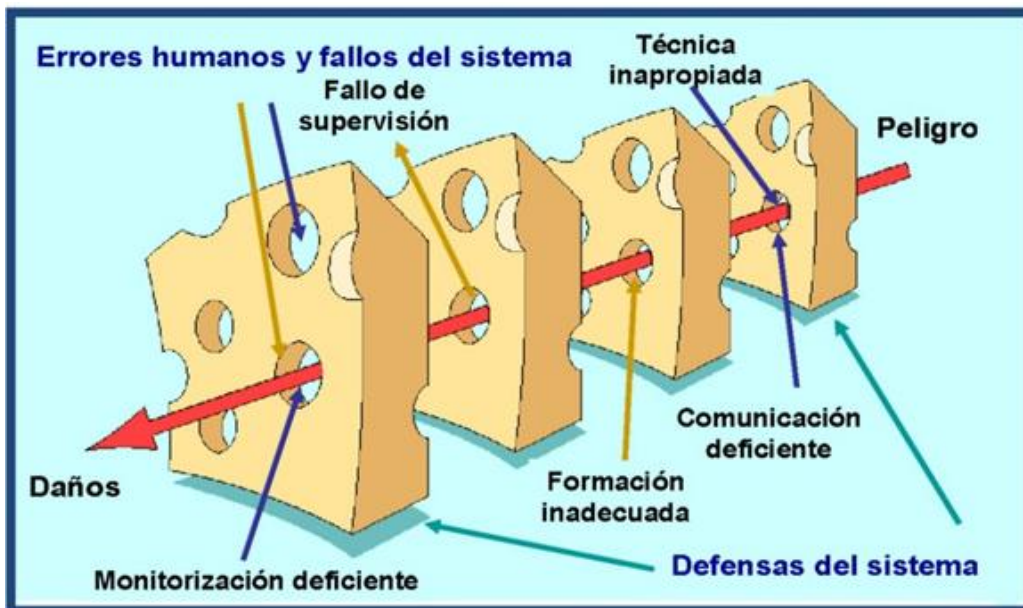
## **GENERALIDADES**

El modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este documento, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	Versión 1	Document o Controlad	Página 7 de 15
PROTOCOLOS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES	Fecha vigencia 01/11/2020	Código PRO-HOS-04	

## MODELO EXPLICATIVO.



Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.

En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

Las acciones requeridas se derivan de la tipificación de acuerdo a la frecuencia y severidad de los riesgos identificados:

1. Infección nosocomial.
2. Eventos adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos invasivos.
3. Eventos adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y hemoderivados terapéuticos.
4. Eventos adversos asociados al cuidado de la salud.

### Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso

La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Document o Controlad</b>	<b>Página 8 de 15</b>
<b>PROTOCOLOS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES</b>	<b>Fecha vigencia 01/11/2020</b>	<b>Código PRO-HOS-04</b>	

intervenirlos. De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud.
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos, formas de denominación, prestación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entretenimiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes.
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes.
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología.

El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual recomendamos la utilización del protocolo de Londres, o del análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud. Estas barreras deben ser redundantes cuando el proceso lo requiera.

## **IDENTIFICACION DE PACEINTE.**

**MANILLA ROJA: PACIENTES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO**

**MANILLA AZUL: TODO PACIENTE ADULTO**

**MANILLA AMARRILLA: PACIENTE CON ALGUNA PATOLOGIA DE BASES.**

**MANILLA FUSCIA: PACIENTE PEDIATRICO NIÑA**

**MANILLA AZUL CIELO: PACIENTE PEDIATRICO NIÑO**

Identificación documental y verificación verbal.

A todo paciente que ingrese a solicitar atención, se le solicitará el documento de identidad y demás documentos que apliquen, se le realizará una recogida de datos administrativos generales completos, por admisión. Si ya se le hubiesen recogido con anterioridad, se procederá a la actualización o comprobación de los mismos. Esta recogida, salvo en los casos urgentes, se hará previa a la prestación de la asistencia y preferentemente en el momento de la solicitud de la prestación del servicio.

La correcta identificación del paciente debe iniciar desde el ingreso, con la solicitud del documento de identidad. Los datos de identificación obligatorios para el registro de un paciente están conformados por los:





<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Document o Controlad</b>	<b>Página 9 de 15</b>
<b>PROTOCOLOS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES</b>	<b>Fecha vigencia 01/11/2020</b>	<b>Código PRO-HOS-04</b>	

Nombres y apellidos (dos, si los tiene), completos del paciente

- Tipo y el número de documento de identificación
- Sexo, la fecha de nacimiento (día/mes/año: con los siguientes dígitos 00/00/0000)
- la edad
- Lugar de residencia habitual y su número telefónico
- Afiliación al SSSS, comprobada por el mecanismo más expedito (Fositas, DNP, Sisen etc.).

La validación de los datos identificativos del paciente se repetirá verbalmente en todos los contactos de la atención en salud, mediante el siguiente abordaje:

El personal lo saludará amablemente junto a su familiar (si se encuentra presente) y se identificará con su nombre señalará la sala y cama que ocupará, acompañándolo al lugar

Se le brindará la primera atención que requiera y posteriormente se le informará a la familia las normas del servicio todos los datos deben ser corroborados verbalmente, comprobados (afiliación al SGSSS) y diligenciados bien sea en papel o en el sistema electrónico cuando aplica (chips, códigos de barras).

En el proceso de la identificación deben ser tenidos en cuenta las siguientes opciones de pacientes:

- Adulto con documento de identidad (CC o CE o PA o NU)
- Adulto sin documento de identidad.
- Recién nacidos y menores de edad sin número de identificación
- Para el parto normal o cesárea de un solo bebe.
- Para parto normal o cesárea de embarazo múltiple
- Identificación en la atención y cuidado del paciente correcto

## **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO CLÍNICO**

Incluir elementos esenciales para la identificación correcta y segura del paciente, como se menciona a continuación:



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Document o Controlad</b>	<b>Página 10 de 15</b>
<b>PROTOCOLOS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES</b>	<b>Fecha vigencia 01/11/2020</b>	<b>Código PRO-HOS-04</b>	

Siempre Validar los datos de identificación de la admisión, en la orden medica con el mismo paciente o familiar responsable, legalmente reconocido, con el documento de identidad. Seguidamente se surte el proceso de marcación de la muestra para el desarrollo de los procedimientos pre analíticos, analíticos y pos analíticos. Este procedimiento debe ser conocido y adoptado por todos quienes intervienen en el proceso de atención.

Entre los datos básicos de identificación del paciente y muestra, se recomienda incluir al menos dos de los siguientes:

- Nombre y apellidos Completos.
- Número de Identificación: Cédula, Tarjeta Identidad, Registro civil Pasaporte, Licencia de conducción.
- Número de identificación adicional: código numérico consecutivo
- Para conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos pre analíticos, analíticos y post analíticos, se debe marcar las muestras y materiales para el procesamiento con cintas, marcadores, que garanticen el no borra miento, con la manipulación.

### **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES:**

El personal médico, Jefe de enfermería y auxiliares del servicio deben Siempre Validar los datos de identificación de la admisión con él mismo paciente o familiar responsable, legalmente reconocido con documento de identidad y la Historia clínica

- Entre los datos básicos para la validación de la identificación del paciente, se recomienda incluir al menos dos de los siguientes:
  - Nombre y apellidos Completos.
  - Número de Identificación: Cédula, Tarjeta Identidad, Registro civil, Pasaporte, Licencia de conducción.
  - Número de Historia clínica
  - Cuando se utilicen brazaletes o - Bandas de identificación por colores (menores, alergias, etc.), estos deben tener la información de la identificación definida.
- Para la identificación de recién nacidos, se verificara la identificaron de la madre, se validará y se procederá a definir la identificación: En el paciente



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Document o Controlad</b>	<b>Página 11 de 15</b>
<b>PROTOCOLOS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES</b>	<b>Fecha vigencia 01/11/2020</b>	<b>Código PRO-HOS-04</b>	

neonato debe colocarse un brazalete con la identificación de: Hijo de: Nombres y apellidos de la madre, el número de identificación de la madre, más raya y el número que aplique, según sea el número de nacimientos y asegurar la identificación por medio de rótulos en la incubadora

- Para menores sin identificación, no registrados, se procederá a definir su identificación, verificando y validando la identificación de la madre con su documento de identidad. Hecho lo anterior se procede a identificar al menor con el número del documento de identidad de la madre, más el número que le corresponda, según el orden en el nacimiento, más el nombre asignado por la madre o responsable legalmente reconocido.
- Contar con una identificación con tarjeta de cabecera, de pie de cama o de habitación o similares, del paciente, que se debe elaborar inmediatamente que es asignada la cama al paciente y anotar por lo menos tres datos inequívocos (Nombres-apellidos-Numero Doc. identidad-Fecha nacimiento) del paciente sin incluir la condición de salud.
- Paciente con compromiso de conciencia se identificarán con N° documento de identidad o AD (Código consecutivo de admisión) transitorio, entregado por admisión y con datos del familiar responsable, legalmente reconocido.

## **IDENTIFICAR AL PACIENTE PARA LA OBTENCIÓN DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS**

El auxiliar y/o Técnico y radiólogo del servicio debe Validar los datos de identificación de la admisión, en la orden médica, con él mismo paciente o familiar responsable, legalmente reconocido y documento de identidad

Los estudios radiológicos y de imágenes diagnósticas deben contar con los siguientes Elementos de identificación:

- Nombre y Apellidos.
- Doc., de identificación
- Código numérico consecutivo Interno
- Órgano objeto del estudio



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Document o Controlad</b>	<b>Página 12 de 15</b>
<b>PROTOCOLOS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES</b>	<b>Fecha vigencia 01/11/2020</b>	<b>Código PRO-HOS-04</b>	

## **IDENTIFICACIÓN EN LOS PACIENTES CON PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS**

Asegurar la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio (órgano o lado) correcto:

El Jefe de enfermería del servicio (Quirúrgica y quirófano) debe Validar los datos de identificación de la admisión con él mismo paciente o familiar responsable, legalmente reconocido con documento de identidad y la Historia clínica. A través de mecanismos que aseguran la cirugía correcta, en el paciente correcto y en el sitio correcto desde el momento mismo en que se programa el procedimiento y el médico lo consigna en la historia clínica. Debe considerar las siguientes etapas:

- Cuando el paciente es valorado por el personal médico y de enfermería encargado de la instrucción pre quirúrgica al paciente
- La verificación en el quirófano mediante la utilización de la lista de chequeo para la “Cirugía Segura” sugerida por la OMS. (Anexo B)
- Al momento de diligenciar el consentimiento informado.
- Hacer partícipe al paciente si sus condiciones físicas y mentales lo permiten y a su familia en caso de menores o discapacitados

### **VERIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD DEL PACIENTE ANTES DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS DE RIESGO:**

- Extracción de una muestra biológica para analítica.
- Administración de un medicamento o transfusión.
- Realización de un procedimiento invasivo.
- Realización de intervención quirúrgica.
- Confirmación de una Muerte
- Transferencia de un paciente tanto en circuito interno como externo.
- Verificación de madre en proceso perinatal



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Document o Controlad</b>	<b>Página 13 de 15</b>
<b>PROTOCOLOS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES</b>	<b>Fecha vigencia 01/11/2020</b>	<b>Código PRO-HOS-04</b>	

### **MÉTODO DE VERIFICACIÓN:**

Se comprobará mediante, al menos, dos identificadores inequívocos del paciente, que deberán estar directamente asociados con la persona y no con su ubicación o situación clínica.

Estos identificadores son:

- Nombre y apellidos.
- Fecha de nacimiento.
- Número del documento de identidad

### **RESPONSABLES DE LA IDENTIFICACIÓN.**

El personal de admisión, en los servicios ambulatorios que no sean emergencias o profesional que tiene el primer contacto con el paciente, según el servicio de acceso y estado clínico, será el responsable de identificarlo físicamente.

Todos los demás son responsables de realizar las comprobaciones y validaciones establecidas, previas a la realización de los procedimientos ordenados y de riesgo ya descritos.

Situaciones especiales.

- Paciente atendido por el servicio de urgencias que no aporta documentación y es imposible conocer su identidad: Se realizará la identificación poniendo en el espacio nombre y apellidos: DESCONOCIDO/Sexo/nº AD-consecutivo de admisión. Se está obligado a recabar todos los datos a posteriori y con la mayor brevedad. Si se trata de varias personas en estado crítico, el técnico, enfermero(a) o paramédico que lo traslada es el responsable de que queden todos identificados, según lo definido, a la entrada del hospital.
- Para identificar los pacientes con el mismo nombre: Se verifican y determinan, documento de identidad, apellidos completos, sexo, fecha de nacimiento, edad, sitio de residencia, rasgos físicos, cicatrices, ubicación del paciente en el servicio.
- Situación de catástrofes: se identificará al paciente según lo establecido en el Plan de emergencia establecido



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Document o Controlad</b>	<b>Página 14 de 15</b>
<b>PROTOCOLOS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES</b>	<b>Fecha vigencia 01/11/2020</b>	<b>Código PRO-HOS-04</b>	

### **IDENTIFICACION DEL PACIENTE QUE LLEGA SOLO O CON PERSONAS QUE NO LO CONOCEN:**

- Si el paciente llega solo verifique los datos con algún documento de identificación.
- En caso de que el paciente llegue inconsciente y además no cuente con ningún tipo de documento registrar como NN, TOMAR HUELLA DIGITAL (DEDO INDICE DE UNA DE SUS MANOS) en hoja de admisión e informar a atención al usuario para que en la medida de lo posible se trate de buscar algún familiar y lograr su identificación.
- Si el paciente llega acompañado es importante que verifique los datos revisando el documento de identidad y preguntando a sus familiares o personas responsables que acompañan al paciente.
- Corrobore para que los datos que dice el paciente sean iguales a los que refieren sus familiares y los que se encuentran en los documentos de identificación.





<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Document o Controlad</b>	<b>Página 15 de 15</b>
<b>PROTOCOLOS DE IDENTIFICACION DE PACIENTES</b>	<b>Fecha vigencia 01/11/2020</b>	<b>Código PRO-HOS-04</b>	

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente Link: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS\\_IMPLEMENTACION\\_POLITICA\\_SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf)
- Decreto 903 del 2014  
Link: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-0903-de-2014.pdf>
- LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, UN RETO DE CIUDAD “Seguimiento de la política de seguridad del paciente en las Municipales” Link: [http://calisaludable.cali.gov.co/seg\\_social/2013\\_Seguridad\\_Paciente/libro\\_seguridad\\_del\\_paciente.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2013_Seguridad_Paciente/libro_seguridad_del_paciente.pdf)

## CONTROL DE LOS CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
Nov/2020	1	Se actualiza contenido

