

**INFORME DE AUDITORIA DE VERIFICACION DE ESTANDARES DEL SISTEMA
UNICO DE HABILITACION – HISTORIA CLINICA Y REGISTROS MEDICOS
CONSULTORIO ODONTOLOGICO PLENITUD ORAL**

Resolución 2003 de Mayo de 2014

POR:

LINA GIRALDO

ASESOR:

HECTOR MANUEL QUIROS ARANGO
PROFESOR COORDINADOR ESPECIALIZACIÓN
GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD

**UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
ESPECIALIZACION GERENCIA DE CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
MEDELLIN
2021**



TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	3
Justificación.....	4
Plataforma estratégica.....	5
Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.....	7
Objetivos.....	11
Definición del estándar y servicio a verificar.....	12
Acta de reunión.....	13
Informe de visita.....	14
Observaciones generales.....	15
Conclusiones.....	18
Recomendaciones.....	19
Anexos.....	20
Bibliografía.....	39

INTRODUCCION

La salud es un derecho fundamental para todos los colombianos así como lo dicta la ley 1751 de 2015 o mejor conocida como la LEY ESTATUTARIA EN SALUD, donde el usuario se beneficia de acceso al servicio de salud, oportuno, eficaz y de calidad, es por esto que el estado tiene el deber de brindar una atención en salud universal a los ciudadanos garantizando un servicio con calidad e integralidad a todo aquel que lo requiera.

El sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud (SOGCS), sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) crea mediante el decreto 1011 de 2006 del ministerio de la protección social mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en nuestro país por medio de 4 componentes: 1. Sistema único de habilitación, 2. Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, 3. Sistema único de acreditación, 4. sistema de información para la calidad, en este caso haremos énfasis en en uno de estos componentes como es el sistema único de habilitación.

Con base a lo anterior las instituciones prestadoras de servicios de salud deben cumplir con las disposiciones impartidas en la resolución que demanda un alto nivel de cumplimiento y seguimiento de los requisitos establecidos en los estándares de habilitación.

Por medio de este informe se logró verificar el cumplimiento (en este caso el estándar N° 6 Historia clínica y registros) establecidos en la guía para la verificación de estándares del sistema único de habilitación en el consultorio odontológico Plenitud Oral.

JUSTIFICACION

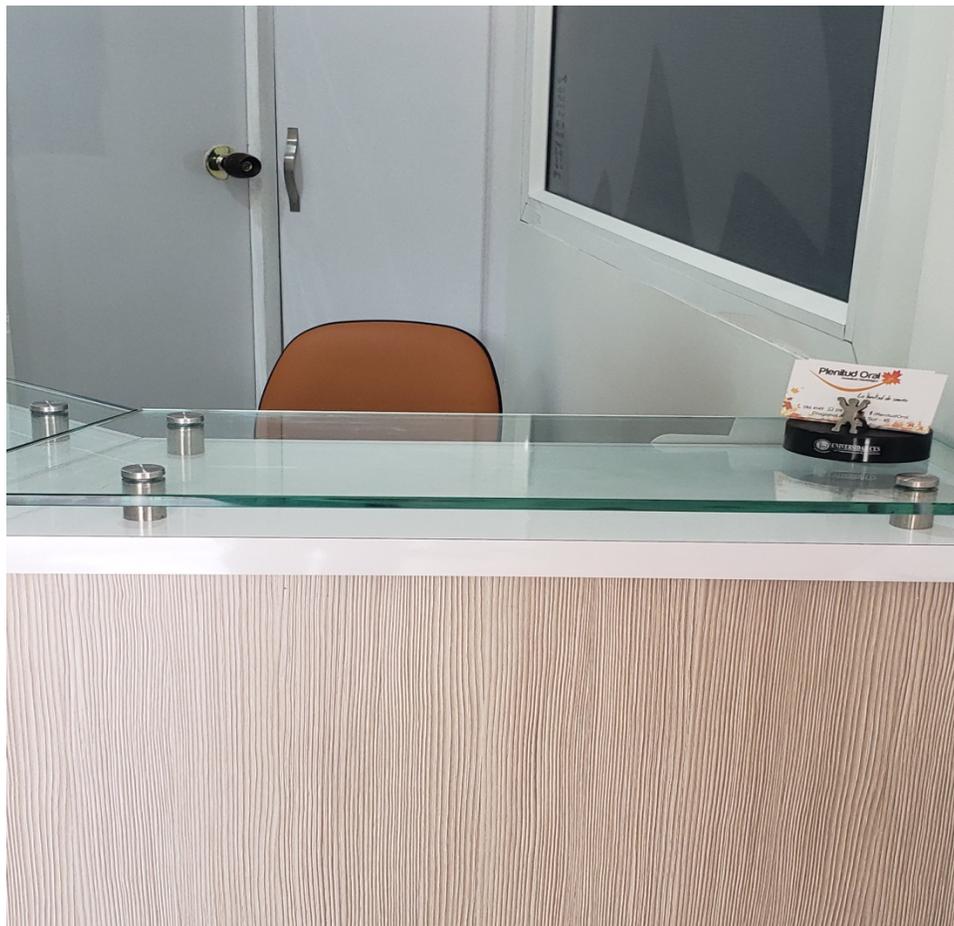
El cumplimiento de dichos estándares es obligatorio para la entrada y permanencia de los prestadores en el sistema general de seguridad social en salud, por medio de estos estándares de habilitación se busca proteger y dar seguridad a los usuarios garantizando el cumplimiento para el adecuado funcionamiento de un prestador de servicios de salud.

Plenitud oral presta de servicios de atención odontológica en el corregimiento de San Antonio de Prado en el municipio de Medellín, por tal motivo se aplica lista de chequeo de verificación de estándares del sistema único en habilitación (Historia clínica y registros) con el fin de identificar riesgos propios de la prestación de servicios.

PLATAFORMA ESTRATEGICA

Plenitud oral

Consultorio Odontológico



Información corporativa

Plenitud Oral es un consultorio odontológico, que brinda servicios de odontología general y especializada desde Junio de 2014 , ubicado en el barrio Pradito del corregimiento de San Antonio de Prado; el cual nace de la necesidad de dos odontólogas de crear un espacio tranquilo, amigable y responsable tanto para el profesional como para los pacientes.

Misión

Prestar un servicio odontológico integral, enfocado a la promoción, prevención y atención de la salud oral, brindando a nuestros pacientes una excelente atención, por medio de especialistas competentes y laboratorios altamente calificados, logrando así un servicio odontológico de fácil acceso para la población pero con altos estándares de calidad.

Además construir así un lugar de trabajo humano, donde prime la integridad física y moral de todas las personas que trabajan y son atendidas en Plenitud Oral.

Visión

Queremos ser reconocidos como un consultorio odontológico líder en el corregimiento de San Antonio de Prado, gracias a la atención profesional y gran calidez humana de nuestro personal y generar así un vínculo duradero con nuestros pacientes, logrando satisfacer al máximo sus exigencias y superando sus expectativas.

Valores

Servicio

Honestidad

Puntualidad

Lealtad

Respeto

Eficiencia en el manejo de los recursos

Calidez humana

Nuestros servicios

Odontología General

Odontología Estética

Endodoncia

Periodoncia

Rehabilitación Oral

Ortodoncia

Cirugía Oral

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.



REGISTRO ACTUAL - CAPACIDAD

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
VIT	1017180530 - 0				
Naturaleza Jurídica	Privada				
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Código del Prestador	0500113719 - 01	Clase de Prestador	Profesional Independi		
Empresa Social del Estado		Nivel Atención Prestador		Carácter Territorial	
DATOS DE LA SEDE					
Departamento	Antioquia	Municipio			
Código de la Sede	0500113719 - 01				
Nombre de la Sede	luisa fernanda vargas mosquera				
CAPACIDAD INSTALADA					
Grupo	SALAS				
Concepto	Procedimientos				
Cantidad	0				

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de servicios de Salud con fecha de corte: viernes 26 de febrero de 2021 (7:26 p. m.)



REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato dígtelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
NIT/CC	<input type="text"/> - <input type="checkbox"/>				
Naturaleza Jurídica	<input type="text"/>				
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Código del Prestador	<input type="text" value="0500113719"/> - <input type="checkbox"/>	Clase de Prestador	<input type="text"/>		
Empresa Social del Estado	<input type="text"/>	Nivel Atención Prestador	<input type="text"/>	Carácter Territorial	<input type="text"/>
DATOS DE LA SEDE					
Departamento	<input type="text"/>	Municipio	<input type="text"/>		
Código de la Sede	<input type="text" value="0500113719"/> - <input type="text" value="01"/>				
Nombre de la Sede	<input type="text"/>				
SERVICIO					
Grupo	<input type="text"/>	Número Distintivo de Habilitación del Servicio	<input type="text"/>		
Servicio	<input type="text"/>				
Modalidad	<input type="checkbox"/> Intramural: Ambulatorio		<input type="checkbox"/> Intramural: Hospitalario		<input type="checkbox"/> Extramural: Unidad Móvil
	<input type="checkbox"/> Extramural: Domiciliario		<input type="checkbox"/> Extramural: Otras Extramural		<input type="checkbox"/> Telemedicina: Centro Referencia
	<input type="checkbox"/> Telemedicina: Institución Remisora				
Complejidad	<input type="checkbox"/> Baja		<input type="checkbox"/> Media		<input type="checkbox"/> Alta
Fecha apertura del servicio	<input type="text"/> AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.				

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: viernes 26 de febrero de 2021 (7:26 p. m.)

Excel Word Texto ;

(4) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Antioquia	MEDELLÍN	0500113719	01	luisa fernanda vargas mosquera	311 -ENDODONCIA	DHS1162928
Antioquia	MEDELLÍN	0500113719	01	luisa fernanda vargas mosquera	334 -ODONTOLOGÍA GENERAL	DHS158441
Antioquia	MEDELLÍN	0500113719	01	luisa fernanda vargas mosquera	917 -PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS729963
Antioquia	MEDELLÍN	0500113719	01	luisa fernanda vargas mosquera	950 -PROCESO ESTERILIZACIÓN	DHS158442

1

REGISTRO ACTUAL - SEDES DE PRESTADORES

Si conoce algún dato dígtelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
NIT/CC	1017180530 - 0				
Naturaleza Jurídica	Privada				
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Departamento	Antioquia	Municipio	MEDELLÍN		
Código de Prestador	0500113719 - 01				
Nombre del Prestador	Luisa Fernanda Vargas Mosquera				
Clase de Prestador	Profesional Independiente	Carácter Territorial			
Empresa Social del Estado		Nivel Atención Prestador			
DATOS DE LA SEDE					
Departamento	Antioquia	Municipio	MEDELLÍN		
Código de la Sede	0500113719 - 01	Sede principal	SI		
Nombre de la Sede	luisa fernanda vargas mosquera				
Gerente		Zona	URBANA		
Dirección	DG 60E CL 41 A SUR 45			Barrio	Pradito
Centro poblado	MEDELLÍN	Fax			
Teléfono(s)	2864149 - 3013096941	Correo Electrónico	luisavarmo@hotmail.c		
Fecha de Apertura	20140910				

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: viernes 26 de febrero de 2021 (7:26 p. m.)

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato dígtelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en [Buscar](#) para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCCIONES
Nit:NI					
Cédula ciudadanía:CC <input type="text" value="CC"/> <input type="text" value="1017180530"/> - <input type="text" value="0"/>					
Cédula extranjería:CE					
Naturaleza Jurídica <input type="text" value="Privada"/>					
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Departamento <input type="text" value="Antioquia"/> Municipio <input type="text" value="MEDELLÍN"/>					
Código de Prestador <input type="text" value="0500113719"/> - <input type="text" value="01"/>					
Nombre del Prestador <input type="text" value="Luisa Fernanda Vargas Mosquera"/>					
Clase de Prestador <input type="text" value="Profesional Independiente"/> Empresa Social del Estado <input type="text" value=""/>					
Dirección <input type="text" value="DG 60E CL 41 A SUR 45"/>					
Teléfono(s) <input type="text" value="2864149 - 3013096941"/>					
Fax <input type="text" value=""/>					
Correo Electrónico <input type="text" value="luisavarmo@hotmail.com"/>					
Razón Social <input type="text" value="Luisa Fernanda Vargas Mosquera"/>					
Representante Legal <input type="text" value=""/>					
Nivel Atención Prestador <input type="text" value=""/> Carácter Territorial <input type="text" value=""/>					
Fecha de Inscripción <input type="text" value="20140910"/> Fecha de Vencimiento <input type="text" value="20210831"/>					
Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: viernes 26 de febrero de 2021 (7:23 p. m.)					



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Verificar el cumplimiento del estándar de historia clínica y registros, reglamentado por el ministerio de salud y protección social según la resolución 2003 de mayo de 2014 en consultorio odontológico Plenitud Oral.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Aplicar lista de chequeo, guía para la verificación de estándares del sistema único de habilitación de la seccional de salud de Antioquia estándar historia clínica y registros al consultorio odontológico plenitud oral.
- Determinar la calidad del diligenciamiento y manejo de la Historia Clínica en su aspecto de forma y contenido logrando la máxima racionalidad técnica científica para el mejoramiento continuo en el proceso.
- Plantear estrategias para el mejoramiento continuo del estudio con énfasis en los registros clínicos.

DEFINICION DEL ESTANDAR Y SERVICIO A VERIFICAR

Historia clínica y registros

Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios. (htt1)

Grupo: Consulta externa

Servicio: Consulta odontológica general y especializada

Descripción del Servicio: Es el servicio que utiliza medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, pronóstico, con criterios de prevención, tratamiento en las enfermedades, malformaciones, traumatismos, las secuelas de los mismos a nivel de los dientes, maxilares y demás tejidos que constituyen el sistema estomatognático.

En caso de presentarse los servicios en el grupo de quirúrgicos, aplica los estándares de habilitación para cirugía en la modalidad correspondiente.

(htt1)

ACTA DE REUNION

Tema: Reunión de apertura

Fecha: 27 de febrero de 2021

Ubicación: Consultorio odontologico plenitud oral

Hora inicio: 11 am **Hora Fin:** 11:20 am

DESARROLLO DE LA REUNION

Descripción de los puntos tratados en la reunión

Se presenta en el consultorio plenitud oral a los veintisiete (27) días del mes de Febrero de 2021, en la instalación ubicada en el corregimiento de San Antonio de Prado de Medellin, la estudiante del diplomado de verificador de condiciones de habilitación Lina Giraldo de la Universidad Cooperativa de Colombia.

Se da inicio a la reunión en el consultorio, con la funcionaria Andrea Gómez, odontóloga general de la institución, se realiza la presentación con el fin de realizar la visita académica autorizada por la funcionaria para aplicar la lista de chequeo de guía para la verificación del estándar de historia clínica y registros del sistema único de habilitación de la Secretaria seccional de salud de Antioquia, con el objeto de analizar, evaluar y verificar, el cumplimiento de las normas, competencias y responsabilidades de la Entidad, frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo relacionado con la implementación de la resolución 2003 de 2014, la resolución 1995 de 1999.

Se sostuvo entrevista con la funcionaria mencionada, quien describió los procesos que maneja el consultorio y los procedimientos desarrollados para la el estándar de historia clínica y registros.

Se Informa la metodología con la que se desarrollará la visita de verificación, la cual será una revisión con el acompañamiento de la funcionaria, quien autoriza tomar fotografías y facilitar algunos documentos que nos puedan ayudar para evidenciar los ítems de la lista de chequeo.

INFORME DE VISITA

El proceso de auditoria en este caso , es un ejercicio practico académico, cuyo enfoque es la seguridad del paciente , identificando riesgos que afecten la calidad en la prestación del servicio, en el consultorio odontológico plenitud oral.

Para este proceso utilice la siguiente metodología:

- Aplicación una lista de chequeo **“Guia para la verificación de estándares del sistema único de habilitación de la Seccional de salud de Antioquia”** (Resolución 2003 de Mayo de 2014),
- Observacion de algunas historias clinicas.
- Toma de fotografias a los hallazgos reelevantes.
- Dialogo con personal de la institucion.

Para el desarrollo de esta auditoria aplique una lista de chequeo **“Guía para la verificación de estándares del sistema único de habilitación de la Seccional de salud de Antioquia”** (Resolución 2003 de Mayo de 2014), de lo cual previamente identifique los ítems que podían ser verificados en entrevista con la odontóloga, mediante documentos físicos, por medio de observación.

OBSERVACIONES GENERALES

- Previa aclaración de la odontóloga Andrea Gómez, expuso que el software (Rydent) utilizado en el consultorio para el proceso de historias clínicas y registros médicos, presenta un proceso de encriptación de la información, la cual se está resolviendo actualmente, por dicha causa no es posible realizar la verificación y observación de este medio. Se decide entonces auditar historias clínicas físicas eligiendo aleatoriamente 20 de ellas.
- Durante la observación encuentro un adecuado almacenamiento de las historias clínicas, donde están debidamente archivadas en un área restringida con acceso limitado al personal de salud autorizado. Sin embargo se encuentran en un cuarto que no está destinado solamente para este fin, pues allí se están almacenados también electrodomésticos como cafetera y microondas. (ver anexos 1 y 2)
- Se evidencia que varias historias clínicas auditadas tienen espacios en blanco, letra poco legible, no tienen hora de diligenciamiento, ni nombre completo del autor de la misma. (ver anexo 8)
- Todas las historias clínicas de mayores de edad están identificadas con el número de cédula, mayores de 7 años con tarjeta de identidad y menores con registro civil. (ver anexo 6, 10 y 13)
- La identificación del usuario en las historias clínicas contienen todos los datos estipulados en la resolución N° 1995 de 1999, nombres y apellidos completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad

sexo, ocupacion, direccion, telefono de domicilio, lugar de residencia, aseguradora y tipo de vinculacion. (ver anexo 6,10 y 13)

- Las historias para las cuales aplica, cuentan con consentimiento informado , pero no todas estan debidamente diligenciadas con firma de profesional y paciente. (Ver anexo 3, 9 y 16)
- Los folios que componen la historia clinica no se encuentran numerados consecutivamente. (ver anexo 5, 8 y 11)
- No se le realiza historia clinica a pacientes que llegan a realizarse una valoracion, solo se le hace apertura de esta cuando inician con un tratamiento.
- Actualmente según la odontologa Andrea Gomez se esta formando un comité que se encargara de velar por el cumplimiento de las normas establecidas, para el correcto diligenciamiento de las historias clinicas y reporte de eventos adversos. (ver anexo 18)

ACTA DE REUNION

Tema: Reunión de cierre

Fecha: 27 de febrero de 2021

Ubicación: Consultorio odontologico plenitud oral

Hora inicio: 2:20 pm **Hora Fin:** 2:30 pm

DESARROLLO DE LA REUNION

Descripción de los puntos tratados en la reunión

Se realiza reunión de cierre de visita con la funcionaria ANDREA GOMEZ, Odontóloga general de la institución a quien se le informa:

Los hallazgos encontrados serán detallados en el respectivo informe de la visita de verificación, el cual será entregado a Andrea Gómez a los 8 días siguientes después de la fecha de la visita.

No siendo otro(s) el(los) motivo(s) de la presente acta, se aprueba y se firma por quienes en ella intervinieron, a las 11:20 pm., del día veinte (27) de Febrero de 2021.

Firma enlce IPS : Andrea Gomez Ambul
Firma estudiante : Amor Oroldo

CONCLUSIONES

La verificación de los estándares de habilitación en cualquier institución que preste una atención en salud es muy importante, ya que se pueden identificar las fallas o aspectos a mejorar por cada servicio y generar acciones correctivas para garantizar que la prestación del servicio sea de excelente calidad y de esta forma brindar seguridad en la atención de los pacientes y disminuir el riesgo de eventos adversos relacionados con el cuidado de la salud.

El consultorio odontológico plenitud oral es una pequeña institución que aunque presenta falencias en los procesos relacionados con historias clínicas y registros, se encuentra en crecimiento y mejoramiento continuo, las personas que pude conocer durante la visita están comprometidas de hacer de este lugar un espacio seguro tanto para los profesionales de salud como para los pacientes, estuvieron disponibles para brindarme información y documentos que solicite para el proceso.

Por la razón expuesta en las observaciones no fue posible auditar los registros electrónicos, sin embargo en las historias clínicas físicas la falencia que predomina al revisar 20 de ellas, es la falta de firmas en los consentimientos informados, tanto por parte del paciente como de los profesionales.

En ocasiones los registros clínicos no los hacen el momento de la atención , por lo cual pueden dejar pasar anotaciones importantes que deben hacerse con el paciente presente o pueden presentar confusiones entre las historias clínicas.

La identificación del usuario en las historias clínicas, contienen datos completos y correcto diligenciamiento , no encontré historias que carecieran de información al respecto.

RECOMENDACIONES

Es necesario que todo el personal que labora en el consultorio este involucrado con el mejoramiento en la atención a los pacientes, manteniendo el cumplimiento de los estándares de calidad en la prestación del servicio. Esto se puede hacer brindando algún tipo de reconocimiento a las personas que se destaquen positivamente en esta labor.

Informar a todos los especialistas que presta atención en salud en el consultorio la importancia de realizar los registros médicos de acuerdo a los estándares de calidad y de esta manera brindar una atención más segura.

Ya que la institución cuenta con estudiantes de práctica, asignar este recurso humano para que durante la atención al paciente verifique que todos los registros se completen de forma adecuada.

Asegurar que todas las intervenciones de los profesionales queden registradas en la historia clínica.

Exigir a todo el personal de salud que labora allí, un sello que contenga la información suficiente para identificar la persona que hizo el registro ya que con solo la firma no es posible.

ANEXOS

Anexo 1



Anexo 2



Anexo 3

ENTIDAD ORAL

UNISTAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HIGIENE ORAL

Fecha: _____
Por medio de la presente constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, Yo:
Diana M. Tamayo C. Identificado (a) con documento de identidad número:
_____ expedido en la ciudad de _____ domiciliado (a) en
_____ otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor (a)

Para que en ejercicio legal de su profesión se me practique el procedimiento de:
- Profilaxis _____
- Detartraje _____

Adicionalmente se me ha informado y explicado lo siguiente:
La posibilidad de aplicar anestesia local y sus posibles complicaciones: Parestesia y paresia, inflamación y hematomas
En caso de detartrajes es posible que al retirar los cálculos supragingivales que se formaron a manera de férula (en sectores anteroinferiores) el paciente sienta cierta movilidad debido al retiro de estos.
La higiene oral busca eliminar manchas superficiales y en ningún caso actúa como blanqueamiento dental.
Tratamientos de higiene son enfocados al mantenimiento de la salud oral por lo cual se recomienda realizarse cada seis meses en caso de pacientes con un buen estado periodontal; pero la periodicidad de estos puede variar dependiendo de cada caso.

Nota: Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.

El plan de tratamiento me fue explicado hasta mi total conformidad y a través de soportes tales como:
imagen, dibujo, video, y/o tipodonto _____

OBLIGACIONES DEL PACIENTE: Asistir de forma puntual a las citas en los días acordados y de la forma establecida, seguir recomendaciones e instrucciones dadas por el odontólogo tratante, comunicar de forma oportuna al profesional los cambios que se presenten en la historia clínica, realizar de forma puntual los pagos al odontólogo y por el monto acordado, asistir a controles periódicos una vez finalizado el tratamiento y con un intervalo establecido por el profesional.

Nombre y firma del paciente: _____
Nombre y firma del responsable del paciente
X Diana Tamayo C.

CC: _____ De: cc: 47.839.768 De: Itagüí

Nombre y firma del Dr.

CC: _____ De: _____

revisio
Sufrir a
diferencia
Se e
algi
E

Plenitud Oral
Consultorio Odontológico

La libertad de servir

NUMERO DE HISTORIA CLINICA

Fecha de ingreso: DD 1 MM 9 AAAA 16

Nombres y Apellidos: Jairo Navarro Martínez

Identificación: CC RC TI 71683199 Edad 49 Sexo: F M

Lugar y fecha de nacimiento: _____ DC: MM AAAA _____

Estado Civil: Soltero Casado Unión Libre Separado Viudo

Eps: Subsistema Cotizante Beneficiario Privada

Dirección Residencia: _____ Tel: _____ Cel: 314.626.5892

Ocupación: _____ Tel: _____ E-mail: _____

Como se enteró del consultorio: por un amigo

Motivo de Consulta: Quiso hacer un caso conyugal

Enfermedad Actual: _____

Revisión por sistemas y antecedentes médicos:

Sufre algún malestar diferente al de consulta	SI	NO	Alteraciones de presión arterial, fiebre reumática, cardiopatía	SI	NO	Enfermedades convulsivas	SI	NO
Se encuentra actualmente en algún tratamiento	SI	NO	Alteraciones endocrinas o diabetes	SI	NO	Has sido sometido a cirugías	SI	NO
Es alérgico a alguna sustancia	SI	NO	Patologías gástrica, renal, neurológica o respiratoria	SI	NO	Ha tenido complicaciones en algún tipo de procedimiento	SI	NO
Alteraciones hematológicas o leucocitarias	SI	NO	Patología hepática o infecciones, inmunosupresión o sida (VIH)	SI	NO	Ha sufrido trastornos emocionales y depresivos	SI	NO
Ingiere medicamentos o sustancias de tipo natural	SI	NO	Fuma o tiene otro hábito	SI	NO	Si es mujer se encuentra o cree estar en embarazo	SI	NO

Observaciones: _____

Antecedentes Odontológicos: _____

Antecedentes Familiares: _____

Antecedentes Familiares: _____

Plenitud Oral
Construyendo Opciones
 La libertad de sonreír

70221254
 NUMERO DE HISTORIA CLINICA

Fecha de ingreso: DD 14 MM 09 AAAAA 2016

Nombres y Apellidos: Juan Eugenio Arias Perez
 Identificación: CC RC TI 701 Edad 36 Sexo: F M
 Lugar y fecha de nacimiento: DCOSMM 14 AAAAA 1980
 Estado Civil: Soltero Casado Unión Libre Separado Viudo
 Eps: Salud total Cotizante Beneficiario Privada
 Dirección Residencia: predio Tel: 5716261 Cel: 3008642434
 Ocupación: repositorio de Tel: E-mail:
 Como se enteró del consultorio: AVISO externo

Motivo de Consulta:
"para retirarme estas Brackets"

Enfermedad Actual:
paciente sintomático en la encía relacionada con inflamación
y tratamiento de ortodoncia sin control hace varios
meses

Revisión por sistemas y antecedentes médicos:

Sufre algún malestar diferente al de consulta	SI	NO	Alteraciones de presión arterial, fiebre reumática, cardiopatía	SI	NO	Enfermedades convulsivas	SI	NO
Se encuentra actualmente en algún tratamiento	SI	NO	Alteraciones endocrinas o diabetes	SI	NO	Has sido sometido a cirugías	SI	NO
Es alérgico a alguna sustancia	SI	NO	Patologías gástrica, renal, neurológica o respiratoria	SI	NO	Ha tenido complicaciones en algún tipo de procedimiento	SI	NO
Alteraciones hematológicas o leucocitarias	SI	NO	Patología hepática o infecciones, inmunosupresión o sida (VIH)	SI	NO	Ha sufrido trastornos emocionales y depresivos	SI	NO
Ingiere medicamentos o sustancias de tipo natural	SI	NO	Fuma o tiene otro hábito	SI	NO	Si es mujer se encuentra o cree estar en embarazo	SI	NO

Observaciones: _____

Antecedentes Odontológicos: _____

Antecedentes Familiares: _____

Observaciones: 110 110

Palpación de cuello N A

Articulación N A

Músculos masticatorios N A

Senos paranasales N A

Observaciones: _____

Odontograma:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Usuario de Prótesis: Superior Parcial removible Total
 Inferior Parcial removible Total

Hallazgos Periodontales: Parcial removible Total

Diagnósticos: _____

Pronóstico: _____

Plan de tratamiento: Educación Profilaxis Detartraje Operatoria
 Endodoncia Cirugía Prótesis Medicación Otros

Descripción: _____

Nisa Vargas M
 Firma odontólogo

X. Suen Anco P
 Firma paciente y/o acudiente

Anexo 8

Cristian Javier

HISTORIA 70221254

EVOLUCIÓN DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

ORA	FECHA	ACTIVIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
	09/11/16	paciente con tratamiento de ortodancia sin control hace varias meses se realiza de tratamiento y se realiza brackets de algunos dientes sin arcos ni elasticos. se recomienda realizar tratamiento	Juan Eusebio A. S. R. M. S. B. G. S. U.

Anexo 9

30

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO ODONTOLOGIA GENERAL

Fecha: _____

Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, YC, identificado (a) con documento de identidad número: _____ expedido en la ciudad de _____, domiciliado (a) en _____ otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor _____ para que en ejercicio legal de su profesión se me practique el procedimiento de operatoria así:

Dientes (S) a tratar: betto de procedimiento: _____
Dientes (S) a tratar: ortodoncia. procedimiento: _____
Dientes (S) a tratar: _____ procedimiento: _____
Dientes (S) a tratar: _____ procedimiento: _____

Adicional se me ha informado y explicado lo siguiente:

La posibilidad de aplicar anestesia local y sus posibles complicaciones: parestesia y paresia, inflamación, hematoma.

Pueden surgir las siguientes complicaciones: Fractura dental o tratamientos de conductos en caries muy extensas, sensibilidad, fracturas de obturaciones extensas.

He sido informado en forma clara a cerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias o insumos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos previsibles y consecuencias, se me han resuelto todas las dudas e interrogantes que he formulado y habiendo mi consentimiento informado, acuerdo por la presente liberar a Plenitud Oral, a sus empleados y cuerpo odontológico de alguna responsabilidad con respecto al permiso para este procedimiento odontológico y a los riesgos o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento.

NOTA cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.

Nombre y firma del paciente: _____ Nombre y firma del responsable del paciente _____

CC: De: _____ CC: _____ De: _____

Nombre y firma del especialista
Misa Vargas M
CC: 1017180530 De: Med.


091.280.405
NUMERO DE HISTORIA CLINICA

Fecha de ingreso: DD 15 MM 03 AAAA 2016

Nombres y Apellidos: Edgar Javier Delgado Espino
 Identificación: CC RC () TI () Edad 44 Sexo: F M
 Lugar y fecha de nacimiento: Atacama DC 2 MM 01 AAAA 1971
 Estado Civil: Soltero () Casado () Unión Libre () Separado () Viudo ()
 Eps: Nueva EPS Cotizante () Beneficiario () Privada ()
 Dirección Residencia: Cantovaldes Tel: 5295326 Cel: 3145407966
 Ocupación: Conductor Tel: E-mail:
 Como se enteró del consultorio: Refrendo

Motivo de Consulta: "Para organizarme los dientes"

Enfermedad Actual: Paciente asintomático asiste a consulta para mirar tratamiento que le ha dejado suspendido en Ortodoncia

Revisión por sistemas y antecedentes médicos:

Sufre algún malestar diferente al de consulta	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Alteraciones de presión arterial, fiebre reumática, cardiopatía	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Enfermedades convulsivas	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Se encuentra actualmente en algún tratamiento	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Alteraciones endocrinas o diabetes	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Has sido sometido a cirugías	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Es alérgico a alguna sustancia	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Patologías gástrica, renal, neurológica o respiratoria	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Ha tenido complicaciones en algún tipo de procedimiento	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Alteraciones hematológicas o leucocitarias	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Patología hepática o infecciones, inmunosupresión o sida (VIH)	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Ha sufrido trastornos emocionales y depresivos	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Ingiera medicamentos o sustancias de tipo natural	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Fuma o tiene otro hábito	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Si es mujer se encuentra o cree estar en embarazo	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO

Observaciones: NO relata ninguna

Antecedentes Odontológicos: Operatoria dental, prótesis fija, embudancia

Antecedentes Familiares: no relata

Anexo 11

STIAN JAVIER

Historia 91280.405

EVOLUCIÓN DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

HORA	FECHA	ACTIVIDAD	FIRMA DEL PACIENTE
	04/03/16	<p>Se realiza educación en higiene oral. Se realiza restauración cervical en 16, 15, 14, 24, 34, 35, 33, 44, y 45. Se brilla y pulie. Se realiza cambio de restauración mal adaptada en oclusal y distal del 15 en resina B2.</p> <p style="text-align: right;">Luisa Vargas</p>	Edgar Delgado
	07/03/16	<p>Se toma impresión en alginato en arco superior para la toma de provisiones en 11 y 22.</p> <p style="text-align: right;">Luisa Vargas</p>	
	10/03/16	<p>Se realiza cambio de provisiones acrílicas en 11 y 22. Se talla 21 y se provisiona en 21.</p> <p style="text-align: right;">Luisa Vargas</p>	Edgar Delgado
			Edgar Delgado

HISTORIA CLÍNICA DE ORTODONCIA
Dra. Maria Fernanda Gómez González

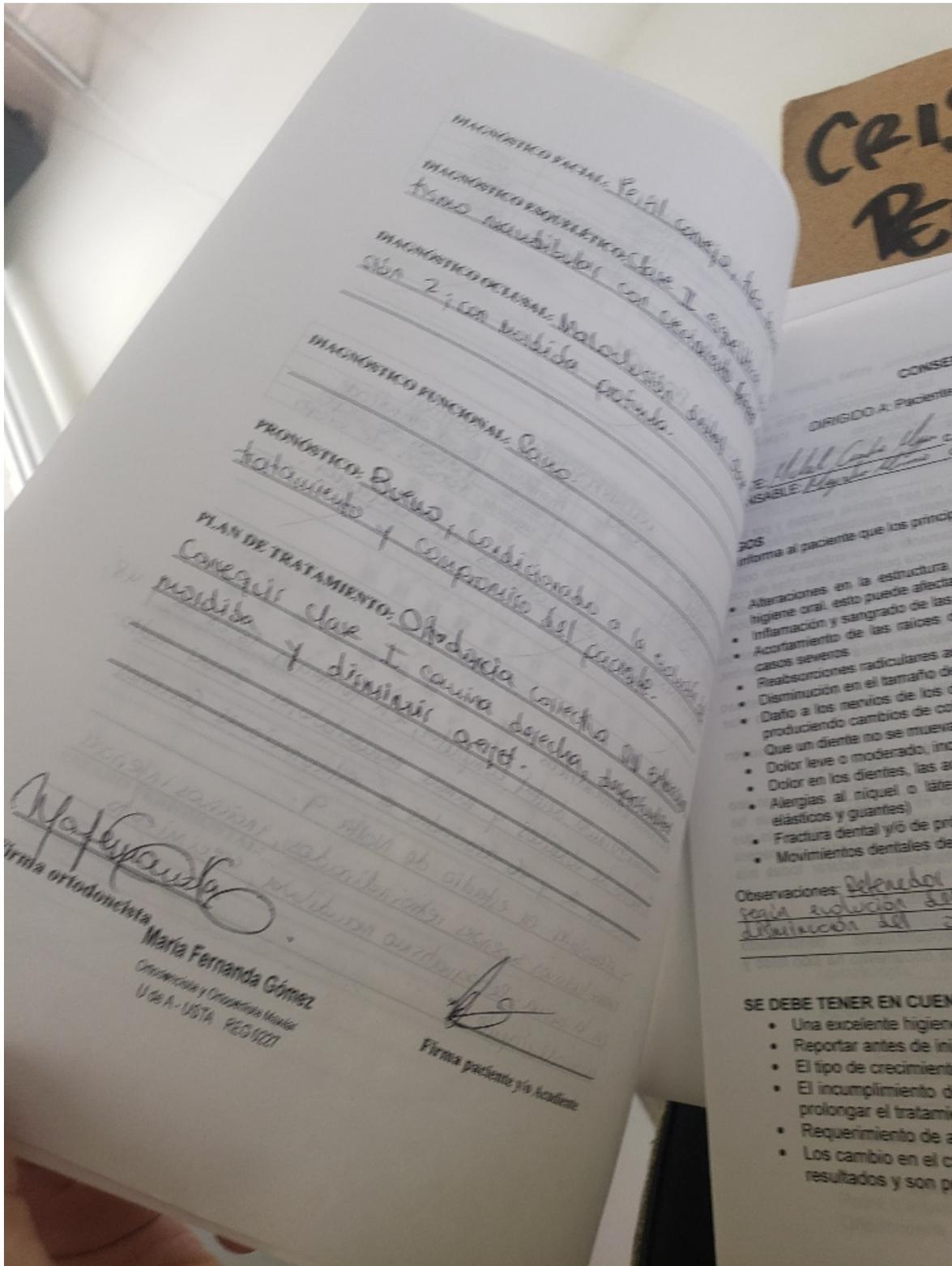
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Nombres y apellidos: <u>Michell Coadro Mejia.</u>	Sexo: <u>Femenino</u>
Documento de identidad: <u>1033179351 TI.</u>	Grupo sanguíneo: <u>OT.</u>
Fecha de nacimiento: <u>09/03/2006.</u>	Edad: <u>12 años</u>
Dirección: <u>Los merinos la 13</u>	
Teléfono: <u>5785728 - 3225946004.</u>	Teléfono: <u>3225946004.</u>
Acudiente: <u>Edwin Coadro</u>	

MOTIVO DE CONSULTA: "Tengo los dientes torcidos y la mordida mala".

ANTECEDENTES PERSONALES							
MÉDICOS		SI	NO	ODONTOLÓGICOS		SI	NO
1	Tratamiento médico		X	1	Promoción y prevención	X	
2	Alergias		X	2	Operatoria	X	
3	Cardiopatías		X	3	Endodoncia		X
4	Hipertensión		X	4	Periodoncia		X
5	Enfermedades respiratorias		X	5	Extracciones / Cirugías		X
6	Sinusitis		X	6	Rehabilitación		X
7	Problemas sanguíneos		X	7	Ortodoncia		X
8	VIH / SIDA		X	8	Articular		X
9	Diabetes		X	9	Trauma dentoalveolar		X
10	Tiroideos		X	10	Otros		X
11	Trastornos gástricos		X	HÁBITOS			
12	Fiebre reumática		X	1	Fuma		X
13	Hepatitis		X	2	Alcoholismo		X
14	Trastornos emocionales		X	3	Drogadicción		X
15	Ingesta de medicamentos		X	4	Onicofagia		X
16	Cirugías	X		5	Succión digital		X
17	Irradiaciones		X	6	Empuje lingual		X
18	Transfusiones		X	7	Respirador oral		X
19	Hospitalizaciones		X	8	Otros		X
20	Embarazos		X				
21	Otros		X				

OBSERVACIONES / ANTECEDENTES FAMILIARES: (16) Amigdalectomía hace 2 años.

Anexo 14



FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECIALIDAD DE CIRUGIA

Fecha: 20.06.18

Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades legales, Yo Enzo Javier Poma, identificado (a) con documento de identidad numero:

76262492 expedido en la ciudad de _____, domiciliado (a) en _____

Para que en ejercicio legal de su profesión se me practique el procedimiento:

Exodoncias

En el diente (s) 34-44, adicionalmente se me ha informado y explicado lo siguiente:

Que pueden surgir complicaciones tales como:

- Inflamación
- Dolor
- Hemorragia
- Parestesia y paresia _____
- Dehiscencia de los puntos o del colgajo _____
- Necrosis del colgajo _____
- Rechazo del injerto _____
- Infección
- Halitosis
- Movilidad dental incrementada
- Recesión gingival
- Sensibilidad dental

He sido informado en forma clara acerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias o insumos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos previsible y consecuencias, se me han resuelto todas las dudas e interrogantes que he formulado y habiendo dado mi consentimiento informado, acuerdo por la presente liberar al consultorio Plenitud Oral, de alguna responsabilidad con respecto al permiso para este procedimiento odontológico y de los riesgos o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad

NOTA cuando el paciente No tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del responsable del paciente

[Firma]

CC: 72262492

De: _____

CC:

De:

Nombre y firma del odontólogo

[Firma]

CC: 1036614103

De: [Firma]

HOJA DE EVOLUCION ORTODONCIA

FECHA	EVOLUCION	FIRMA PACIENTE	FIRMA PROFESIONAL
16-10-18	SE PONE ACENO 0.018 INF, CADERETA DE 33 A 43. MISMO ANCO INF		
27-11-18	SE CONTINUA CON CADERETA DE 33 A 43. TODAVIA SE ENCUENTRA MUY BONDE-BONDE		
18-12-18	SE PONE NITI 16 X 22 SUPERION CADERETA DE 33 A 43. SE REACTIVA SISTEMA.		
14-03-19	SE REPOSICION 43 Y 41, SE CONSOLIDO DE 46 A 41. SE PONE CADERETA DE 41 A 31, SE PONE NIT 0.018 inferior		
23-04-19	NO ASISTE A CITA		
28-05-19	SE CONSOLIDO DE 46 A 31 Y PONGO CADERETA DE 31 A 32.		
29-10-19	SE PONE NIT 16x22 inferior, consolido de 36 a 33. Y de 32 a 42, PONGO CADERETA DE 33 a 32 para mejorar línea media inferior.		
06-08-19	REPONGIMO CITA		
27-08-19	CONSOLIDO DE 33 A 42. Y PONGO CADERETA DE 42 A 43. SE PONE ACENO 16x22 SUPERION NITI 16x22 SUP.		
01-10-19	PACIENTE NO ASISTE A CITA		
05-11-19	CONSOLIDO DE 33 A 43. PONGO ACENO 16x22 SUP E INF. ELASTICOS 1/4 CASE X		

II

DRA. LUISA FERNANDA

REPORTE DE EVENTO ADVERSO

FECHA: _____ EVENTO N# _____
¿HUBO LESION? SI ___ NO ___ CUAL _____
QUIENES INTERVINIERON _____ DOC _____
NOMBRE DEL PACIENTE _____

DESCRIPCION DEL EVENTO:

EFFECTOS EN EL PACIENTE:

CAUSAS PROBABLES:

ACCIONES CORRECTIVAS:

COMPROMISO Y LECCION APRENDIDA:

ACCIONES INSEGURAS:

FACTORES CONTRIBUTIVOS:

BARRERAS DE SEGURIDAD:

RECOMENDACIONES:

Bibliografía

- (1) https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

