

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	Código: FO-01-005-007
	ACTA DE REUNIONES	Versión: V4 Fecha última actualización 06-05-2022

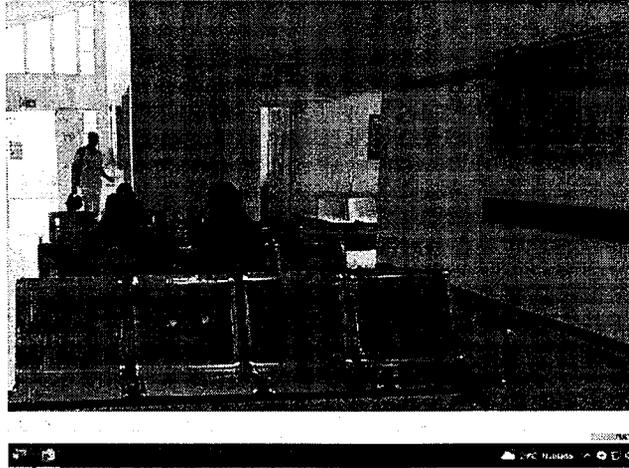
REUNIÓN: CAPACITACION:

COMITÉ: ACTA No. _____

HORA INICIO	HORA FINAL	CIUDAD	LUGAR	FECHA		
9:00 AM	9:30 AM	SAN PEDRO	HUTQ	13	01	2023

COORDINADOR (ES) DE REUNION:	RUBIELA ROJAS JARAMILLO
TEMAS TRATADOS: DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES	
DESARROLLO DE LA REUNION	
<p>Se realiza socialización sobre derechos y deberes de los pacientes, a los usuarios que se encuentran en el área de consulta externa donde se les da a conocer que tienen derechos no ser discriminados por razón alguna, respetando su personalidad, dignidad humana e intimidad, recibir en todo momento un trato humano, amable, comprensivo y respetuoso.</p> <p>También se les informa que tienen el deber de respetar al personal de salud y cuidar las instalaciones donde se prestan dichos servicios, cumplir las normas y actuar de buena fe frente al sistema de salud.</p> <p>Además de esto se les informa que en el hospital están instalados 2 buzones de sugerencias donde podrán colocar cualquier inconformidad o felicitación que tengan hacia el personal o las instalaciones.</p> <p>Se les informa que deben llegar 10 minutos antes de la cita para facturar, llamar para la cancelación de la cita con anticipación.</p> <p>Se informa que el SIAU asigna citas de controles prenatales, salud mental hipotiroidismo, medicina general, control y desarrollo.</p> <p>Se les indica que cuando necesiten algún tipo de información lo pueden hacer en la oficina del siau.</p> <p>Se les indica el horario de atención en el hospital.</p>	

Humanizamos nuestra atención, para servir con calidad"



Humanizamos nuestra atención, para servir con calidad"

Hospital Ulpiano Tascón Quintero, Calle 3 Carrera 4 esq. PBX- 2238724 San Pedro
Valle del Cauca

Email: houltase@yahoo.es

Página 2 de 6



REGISTRO DE CONTROL DE ENTREGA DE RECOMENDACIONES A PACIENTES

TIPO DE RECOMENDACIÓN:

A. Fecha de Cita Médica:

B. Hora de Cita Médica:

C. Médico Asignado:

D. Preparación para Exámenes de Laboratorio

E. Pos - Vacunación:

F. Explicación Actividades de P y P:

G. Explicación Política de Seguridad del Paciente:

H. Sobre Curso Psicoprofiláctico:

I. Sobre AIEPI / IAMI:

J. Cuidados de Higiene Oral:

K. Sobre TRIAGE

OTRO:

CUAL:

FECHA DE SOLICITUD CITA	FECHA DESEADA POR EL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA DEL PACIENTE	NOMBRE DE QUIEN ENTREGA LA RECOMENDACIÓN AL PACIENTE	OBSERVACIONES
		Xiomara Guevara	1114059619	Xiomara Guevara	Valentina Padilla G.	
		Alicia Jaramillo	34322096	Alicia Jaramillo	Valentina Padilla G.	
		Luz Adriana Aguirre	1114060047	Luz Adriana Aguirre	Valentina Padilla G.	
		Mara Noelia Saldarraga	38745010	Noelia Saldarraga	Valentina Padilla	
		Martha Tascón	31385725	Martha Ely Tascón M.	Valentina Padilla G.	
		Mariela Valencia	24810146	Mariela Valencia	Valentina Padilla G.	
		Ana Ramirez	32483450	Ana Ramirez	Valentina Padilla G.	
		Valmin Stella Ortiz	57465565	Valmin Ortiz	Johana C. Castaño	
		ALBEIRO MUÑOZ GARCIA	6446058	ALBEIRO MUÑOZ G.	Johana C. Castaño	
		Damaris Moreno	29784629	Damaris M	Johana C. Castaño	
		Angie Vanessa Molillo G.	1114059832	Angie Molillo	Johana C. Castaño	
		Mary Luz Guzmán Villa	29786460	Mary Luz Guzmán	Johana C. Castaño	
		Laura Gallego	1193.455.418	Laura Gallego	Johana C. Castaño	
		Marlene Arango	29.499.297	Marlene Arango	Johana C. Castaño	

NOTA: COLOCAR CON CLARIDAD EN OBSERVACIONES, ALGO IMPORTANTE RECOMENDADO AL PACIENTE, SI NO ES SUFICIENTE EL ESPACIO DE OTRO. EN LAS RECOMENDACIONES GENERALES DEBE INCLUIRSE NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOSPITAL. SI NO SE ASISTE A LA CONSULTA ASIGNADA, EL REPORTE QUE EL PACIENTE DEBE HACER CON OPORTUNIDAD. EL NOMBRE DE QUIEN ENTREGA LA RECOMENDACIÓN DEBE SER DE PUÑO Y LETRA DEL RESPONSABLE.