



LISTA DE CHEQUEO TRASLADO DE PACIENTES

Código:

Versión: 01

Fecha: Septiembre 2020

Página 1 de 1

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

SERVICIO:

MEDICO REMITENTE:

FECHA : DIA: _____, MES: _____ AÑO: _____ HORA: _____

C: CUMPLE NC: NO CUMPLE OM: OPORTUNIDAD DE MEJORA EVIDENCIA/OBSERVACIÓN

PUNTO A VERIFICAR O PREGUNTA	HALLAZGOS			EVIDENCIA / OBSERVACIÓN
	C	NC	OM	
1. Estabilidad del paciente.				
2. Cumplimiento de órdenes médicas y plan de cuidado según los riesgos detectados.				
3. Verificar si requiere ambulancia básica o medicalizada.				
4. Verificar necesidad de apoyo con auxiliar o médico de la Entidad para el traslado.				
5. Verificar orden de sedación e inmovilización para el traslado.				
6. Anexo Técnico No 9 completamente diligenciado (Resumen de historia clínica, con diagnóstico y medicamentos que esté tomando el usuario).				
7. Verificar resultado de exámenes e interpretación de las Ayudas Diagnósticas realizadas o pendientes.				
8. Documento de identidad y validación de derechos.				
9. Código y/o autorización para la atención. Anexos de autorización				
10. Pertenencias del usuario				
11. Si cuenta con acompañante y/o familiar.				
12. Diligenciamiento completo de formatos anexos a la H.CL. (hoja de ruta- Kardex)				

Nombre y Registro de La Auxiliar en Salud Responsable: