



# RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Juan de Miraflores, 03 NOV. 2022



VISTO:

L. VIZCARRA

El Expediente N° 22-012324-001, que contiene el Memorando N° 1126-2022-HMA-D.ENF y el Memorando N° 110-2022-HMA-D.ENF ambos emitidos por el Departamento de Enfermería, el Memorando N° 513-2022-OGC-HMA emitida por la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe N° 038-2022-UO-OEPE-HMA emitido por la Unidad Funcional de Organización, la Nota Informativa N° 030-2022-OEPE-HMA emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, el Informe Legal N° 32-2022-HMA-OAJ y el Proveído N° 145-2022-HMA-OAJ, ambos emitidos por la Oficina de Asesoría Jurídica relacionados a la aprobación de la "GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES".

CONSIDERANDO:

Que, los numeral I y II del Título Preliminar de la Ley General de Salud, Ley N° 26842, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud";

Que, se considera documento Normativo a todo aquel documento oficial que tiene por objetivo transmitir la información estandarizada y aprobada sobre aspectos técnicos, sean estos asistenciales, sanitarios y/o administrativos, relacionados al ámbito del Sector Salud, en cumplimiento de sus objetivos. Estas normas tienen el objetivo de facilitar el adecuado y corrector desarrollo de funciones, procesos, procedimientos y/o actividades, en los diferentes niveles y según correspondan;

Que, mediante Memorando N° 1126-2022-HMA-D.ENF, el Departamento de Enfermería remite el Memorando N° 1110-2022-HMA.D.ENF, el cual contiene el Informe Técnico sustentatorio y el levantamiento de las observaciones realizadas para la aprobación de la Guía Técnica de Procedimiento de Enfermería: Identificación de Pacientes; los antecedentes del proyecto (Anexos: Cronograma, Plan de Trabajo, Actas de Reuniones de Trabajo);

Que, mediante Memorando N° 513-2022-OGC-HMA, la Oficina de Gestión de la Calidad señala que se ha cumplido con el levantamiento de observaciones realizadas y la Guía Técnica de Procedimiento de Enfermería cumple con la estructura exigida por la normativa vigente del MINSA. A su vez, el expediente de la Guía es conforme al contener: La Guía Técnica de Procedimiento; Informe Técnico sustentatorio con acápites exigibles según norma; opiniones técnicas de los órganos involucrados, antecedentes del proyecto; por lo tanto recomienda la aprobación de la "Guía Técnica de Procedimiento de Enfermería: Identificación de Pacientes";

Que, la "GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES", tiene como objetivo general: garantizar un sistema de identificación seguro y lograr la estandarización de la práctica profesional al establecer los criterios técnicos aplicados en enfermería a fin de prevenir eventos adversos generados por mala identificación del paciente; y como objetivos específicos: Implementar el uso de brazalete de identificación como mecanismo que otorgue seguridad al paciente y al prestador durante todo el proceso de atención de salud; cumplir con la práctica segura y estandarizar el procedimiento de identificación de pacientes en los procesos clínico, quirúrgico, apoyo



M. CUMPA C.



Y. RAMIREZ J.



V. GUZMAN F.



diagnóstico y terapéutico; prevenir eventos adversos y otras complicaciones derivadas de la inadecuada identificación del paciente; identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces y su aplicación para mitigar los errores en la identificación del paciente.;



M. CUMPA C.

Que, mediante **Informe N° 038-2022-UO-OEPE-HMA**, la Unidad Funcional de Organización ha realizado una evaluación del proyecto de la **"GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES"** emitiendo opinión favorable; el cual es remitido a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, quien con la **Nota Informativa N° 030-2022-OEPE-HMA**, eleva el expediente a la Dirección General para la emisión del acto resolutivo correspondiente;



Y. RAMIREZ J.

Que, estando a la propuesta de los documentos de vistos, contando con opinión favorable, resulta necesario expedir el acto resolutivo correspondiente;

Con las facultades conferidas en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital "María Auxiliadora, aprobado por Resolución Ministerial N° 860-2003-SA/DM;

Con los vistos del Departamento de Enfermería, la Oficina de Gestión de la Calidad, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y la Oficina de Asesoría Jurídica;

**SE RESUELVE:**



V. GUZMÁN F.

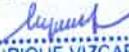
**Artículo 1°:** APROBAR la **"GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES"** que en 31 folios, forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°:** ENCARGAR al Departamento de Enfermería, la supervisión y cumplimiento de la Guía aprobada por la presente Resolución.

**Artículo 3°:** DISPONER que la Oficina de Comunicaciones publique la presente resolución en la página web del Hospital.

**REGISTRESE y COMUNIQUESE**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA  
  
MC. LUIS ENRIQUE VIZCARRA JARA  
DIRECTOR GENERAL  
CMP 022683 RNE 019438

LEVJ/VMGF/joc

**DISTRIBUCIÓN:**

- ( ) Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- ( ) Departamento de Enfermería
- ( ) Oficina de Gestión de la Calidad
- ( ) Oficina de Asesoría Jurídica
- ( ) Archivo.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

*“Guía Técnica de Procedimiento de Enfermería  
“Identificación del Paciente”*



# **GUIA TECNICA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA: IDENTIFICACION DE PACIENTES**

---

## **HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA**





PERÚ

Ministerio  
de Salud

*“Guía Técnica de Procedimiento de Enfermería  
“Identificación del Paciente”*



MC: Luis Enrique Vizcarra Jara  
**Director General del Hospital María Auxiliadora**

Mg. Lucia Angélica Inga Paz  
**Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital María Auxiliadora**

Imagen en portada:  
**Logo Hospital María Auxiliadora**

Propiedad fotográfica:  
**Oficina de Comunicaciones**

Contraportada:  
**Hospital María Auxiliadora**

**2022**





**EQUIPO A CARGO DE LA ELABORACION DE LA GUÍA TECNICA DE  
PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA: IDENTIFICACION DE PACIENTES.**

**HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2022**

-Mg. Lucia Angélica Inga Paz

**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

-Lic. Ríos Torres, Mónica

**SUPERVISORES DE ENFERMERIA**





**GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA  
“IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE”**

INDICE.....	5
INTRODUCCION.....	6
I.Título.....	7
II.Finalidad.....	7
III.Objetivos.....	7
IV.Ámbito de aplicación.....	7
V.Nombre del Proceso o Procedimiento a Estandarizar .....	8
VI.Consideraciones Generales.....	8
VII.Consideraciones Específicas.....	9-16
VIII.Recomendaciones.....	16
IX.Autores, fecha y lugar.....	17
X.Anexos.....	18-30
XI.Bibliografía.....	31





## INTRODUCCIÓN

El Departamento de Enfermería del Hospital María Auxiliadora, tiene el agrado de presentar la presente Guía Técnica de Procedimiento de Enfermería: **Identificación del paciente**, realizado por enfermeros motivados, con la finalidad de poder actualizar los instrumentos de trabajo de las supervisoras de Enfermería, en el Marco del Sistema de gestión de la calidad en nuestro Hospital María Auxiliadora, el cual se desarrolla bajo la autoridad normativa y funcional de la Dirección de la calidad en salud del MINSA, el mismo que permitirá orientar y monitorizar el trabajo de los profesionales de la salud. Por ello el Departamento de Enfermería en cumplimiento a los objetivos Institucionales, toma en cuenta que la Inadecuada Identificación de los pacientes es una causa relevante de problemas y/o complicaciones asociada a errores en la atención de salud. La inadecuada identificación se asocia con frecuencia a complicaciones tales como al momento de la administración de medicamentos, al realizar procedimientos, intervenciones Quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre, hemoderivados y otros.

La Seguridad del paciente es una estrategia transversal y prioritaria en la asistencia sanitaria y una dimensión de calidad imprescindible en los Establecimientos de Salud. Los profesionales de Enfermería hemos asumido mayor responsabilidad como profesión independiente, por lo que es necesario documentar lo que se hace y como se hace.

Los Documentos normativos constituyen uno de los pilares básicos que determinan El compromiso de los profesionales de Enfermería en el desarrollo de los cuidados brindados hacia los pacientes que acuden a nuestra Institución.

El Departamento de Enfermería conjuntamente con su equipo de gestión viene trabajado la implementación de prácticas seguras en la atención de salud de pacientes: Neonatos, pediátricos y adultos, con el fin de ejecutar procesos Institucionales seguros y poder eliminar la presencia de eventos adversos e incidentes, por ello se ha elaborado la presente **Guía Técnica de Procedimiento de Enfermería: Identificación de Pacientes**.

La seguridad es un principio fundamental en la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad, mejorarla requiere una labor compleja del equipo de salud, que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo.

En un contexto donde se busca un entorno de práctica segura tanto para el paciente como para el profesional responsable de sus cuidados, se hace necesaria la Identificación de los pacientes. La identificación correcta de los pacientes en una IPRESS es fundamental para una atención de calidad de los mismos, contribuyendo a disminuir los eventos adversos, en la provisión de salud, evitando exponerlos a riesgos innecesarios o a procedimientos no programados por ello la identificación de pacientes es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad del paciente durante su estadía en el Hospital María Auxiliadora.





## I. TITULO

### GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA "IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE"

## II. FINALIDAD

La Elaboración del presente tiene como finalidad la estandarización de las buenas prácticas de atención, para la gestión del correcto cuidado de los pacientes hospitalizados, por ello se ha elaborado la presente "Guía Técnica de procedimiento de enfermería: Identificación del Paciente" en el Hospital María Auxiliadora, a fin de lograr el correcto proceso de Identificación de los pacientes; Así como reducir los errores y eventos adversos relacionados a los procedimientos, cuidados e intervenciones realizadas en nuestra institución.

## III. OBJETIVOS

### a) Objetivo General

Garantizar un sistema de identificación seguro y lograr la estandarización de la práctica profesional al establecer los criterios técnicos aplicado enfermería a fin de prevenir eventos adversos generados por mala identificación del paciente.

### b) Objetivos específicos

- Implementar el uso de brazalete de identificación como mecanismo que otorgue seguridad al paciente y al prestador durante todo el proceso de atención de salud.
- Cumplir con la práctica segura y estandarizar el procedimiento de identificación de pacientes en los procesos clínico, quirúrgico, apoyo diagnóstico y terapéutico.
- Prevenir eventos adversos y otras complicaciones derivadas de la inadecuada identificación del paciente.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces y su aplicación para mitigar los errores en la identificación del paciente.

## IV. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía está dirigida al personal de salud del Hospital María Auxiliadora que participan en la atención directa de los pacientes que acuden a los Servicios críticos como Emergencia, cuidados Intensivos e Intermedios, Hospitalización, centro Quirúrgico, Salud Mental, CENEX del Hospital María Auxiliadora.





## V. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Guía Técnica de Procedimiento de Enfermería: Identificación del Paciente

## VI. CONSIDERACIONES GENERALES

### 1. DEFINICIONES OPERATIVAS

- a) **Definición del Procedimiento:** Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la seguridad de la correcta identificación del paciente, durante su estancia en nuestra institución de salud, ya sea para recibir atención en área críticas, hospitalización, centro Quirúrgico, cirugías ambulatorias o procedimientos especiales, Unidad de Hospitalización de salud mental UHSM y CENEX.
- **Paciente:** Aquella persona que sufre de dolor y malestar y por ende, solicita asistencia médica y está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud.
  - **Atención en Salud:** son acciones de los proveedores de salud Institucionales y comunitarios para la promoción de la salud, prevenir las enfermedades, recuperar la salud y rehabilitar el daño, ejecutando intervenciones a escala individual, familiar y comunitaria.
  - **Identificación del Paciente:** Procedimiento que permite al equipo de salud tener la seguridad de la identidad del paciente durante el proceso de atención
  - **Identificación segura del Paciente:** Proceso mediante el cual, se verifica que el paciente es quien dice ser, este proceso se inicia con el registro correspondiente y posterior colocación del brazalete de identificación que contendrá los datos necesarios para su atención en los servicios correspondientes durante su estancia Hospitalaria.
  - **Seguridad del Paciente:** Reducción y mitigación de actos inseguros, dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.
  - **Identificación física con brazalete:** Dispositivo gráfico con los datos de identificación del paciente que sirva para verificar, que se trata de la persona y procedimiento correcto.
  - **Verificación verbal:** Proceso mediante el cual el profesional de salud comprueba la identidad del paciente preguntando: Apellidos y nombres, fecha de nacimiento.
  - **Verificación Cruzada:** Procedimiento mediante el cual el profesional de salud, comprueba la identidad del paciente, a través de 2 mecanismos como mínimo: verbal y a través del brazalete.
  - **Admisión:** Se encarga de la verificación de la identidad del paciente comprobado por su DNI.





- **Servicio de Emergencia:** Área funcional organizada para la atención especializada de urgencias o emergencias y la referencia a otro establecimiento de salud según corresponda, según la normativa vigente.
- **Prioridad de atención:** los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención según:  
**Prioridad I:** Gravedad súbita extrema.  
**Prioridad II:** Urgencia mayor.  
**Prioridad III:** Urgencia menor  
**Prioridad IV:** Patología aguda común.
- **Unidad de Reanimación o Shock Trauma:** Área del servicio de emergencia destinada a la evaluación, diagnóstico y tratamiento inmediato de los pacientes que presentan daños de Prioridad I.
- **Hospitalización:** Área funcional destinada a brindar cuidados necesarios a los pacientes que requieren de mayor cuidado y observación, por lo cual necesitan ser internados por más de 24 horas para recibir manejo y tratamiento médico o quirúrgico.
- **Consulta externa:** Área funcional dedicada a satisfacer las demandas de salud de los usuarios mediante actividades de atención ambulatoria de alta especialidad.
- **Responsables:** La jefatura del Departamento de Enfermería es quien ha elaborado la presente guía técnica de procedimiento de Enfermería: Identificación del Paciente y velará por su cumplimiento, como instrumento de gestión para lograr la seguridad de los pacientes. Así mismo serán responsables de la correcta aplicación del procedimiento, realizado por el equipo de gestión del Departamento de Enfermería.

## VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### 1. Descripción Detallada del Procedimiento

- El profesional de enfermería deberá identificar al paciente desde el momento en el que se solicite atención en salud, desde la admisión por consulta externa, emergencia, Unidad Hospitalaria de salud mental y/o otros servicios o unidad.
- La correcta identificación se realizará mediante brazalete a los pacientes que cumplan una o más de las siguientes condiciones:
  - Pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia.
  - Pacientes atendidos en Consultorio Externa, que requieran hospitalización o procedimientos especiales.
  - Pacientes Hospitalizados.
  - Pacientes Pediátricos.
  - Pacientes Pre y Post quirúrgicos.
  - Pacientes de Áreas Críticas.
  - Pacientes del CENEX
  - Pacientes de la Unidad Hospitalaria de Salud Mental



- Los datos de identificación obligatorios a consignar en el brazalete serán los siguientes:
  - Nombre y Apellidos.
  - Numero de Historia Clínica
  - DNI
  - Fecha de Nacimiento
  - Sexo
  - Número de Historia Clínica
- El brazalete de identificación se colocará de preferencia en la extremidad superior izquierda, si no se, ello dependerá del abordaje venoso periférico, que son utilizados para procedimientos, tratamientos a administrar que nos dificulte el acceso a las extremidades de los pacientes.
- Se verificará la identidad del paciente antes de los siguientes procedimientos:
  - Extracción de una muestra biológica para analítica.
  - Administración de un medicamento o transfusión de hemoderivados.
  - Realización de procedimientos invasivos.
  - Realización de intervención quirúrgica.
  - Transferencia de un paciente entre servicios y/o unidades, o transferencias extra hospitalaria.
  - Confirmación de fallecimiento.
- Una vez Hospitalizado el paciente, se le colocara el brazalete de identificación, el cual debe permanecer durante toda la estancia hospitalaria hasta el alta de nuestra Institución.
- La colocación del brazalete es responsabilidad de la licenciada de enfermería a cargo de los cuidados al paciente. La colocación se realizará previa verificación e identificación del paciente y será según el color que corresponda.
- La enfermera de la unidad y/o servicio, que reciben a los pacientes se encargará de comprobar la correcta identificación del mismo.
- En situaciones en que la vida del paciente se pueda ver comprometida, tienen prioridad la atención al paciente antes que la identificación. En cuanto sea posible, la enfermera que esté a cargo del cuidado del paciente se encargará de identificar al paciente y colocar el brazalete correspondiente.
- Deberán considerar la amplitud suficiente que permita movilizar el brazalete alrededor de la muñeca sin necesidad de que se salga por sí solo, debe cuidarse este aspecto a fin de preservar la integridad cutánea y/o evitar posibles lesiones y sobre todo facilitar los accesos venosos en lo posible.
- En caso del paciente rechace llevar puesto el brazalete identificativo, será informado de los riesgos de no llevar puesto el brazalete, esto debe ser presenciado por un testigo (miembro del equipo de salud y familiar) y debe estar anotado en los registros de enfermería.





- Si fuera causa de intolerancia por razones de alergia, se dejará constancia por escrito en la historia clínica del paciente. Si un procedimiento requiere su retiro, será reemplazado a la brevedad posible por uno nuevo. La enfermera responsable del cuidado del paciente deberá registrar el procedimiento en las notas de enfermería precisando la causa por la que se retira y el momento probable de su reemplazo.
- Se verificará la identidad del paciente antes de los siguientes procedimientos:
  - Extracción de una muestra biológica para analítica.
  - Administración de un medicamento o transfusión de hemoderivados.
  - Realización de procedimientos invasivos.
  - Realización de intervención quirúrgica.
  - Transferencia de un paciente entre servicios y/o unidades, o transferencias extra hospitalaria.
  - Confirmación de fallecimiento.

## 2. CARACTERÍSTICAS DEL BRAZALETE PARA PACIENTES NEONATO, PEDIATRICO Y ADULTO:

- Ranuras a prueba de manipulaciones por motivos de seguridad.
- Opciones de brazalete: blanco, rojo y amarillo.
- Sin látex, impermeable y resistente a las manchas, abrasión, alcohol, limpiadores suaves, geles desinfectantes para manos y otras sustancias que se encuentran en los hospitales.
- Sin látex, sin BPA y resistente al agua.
- Fabricadas en polipropileno y vinilo
- Hipo alérgico sin látex
- Rápido y fácil de imprimir, con cierre de lengüeta para despegar y sellar.
- Ranuras a prueba de manipulaciones y bandas adhesivas, permanentes de goma de alto rendimiento ya que no se pueden quitar y volver a utilizar.
- Con recubrimiento especial resistente a rayos ultravioleta, impermeable.
- Debe contar con un revestimiento antimicrobiano que proteja la pulsera de la degradación
- Etiqueta con datos impresos digitalmente.
- Que cumpla con los objetivos de seguridad e identificación de pacientes.
- Modelo de etiqueta del brazalete (información simulada) debe contener los siguientes datos:

**HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA**  
**JUAN ROBLES JIMENEZ**  
**HC: 123456 DNI 98765432**



### 3. BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN, SEGÚN COLORES:

- **Color blanco:** paciente que ingresa a la institución, por los servicios de emergencia, hospitalización, unidades de cuidados intensivos y centro quirúrgico.
- **Color rojo:** pacientes con antecedentes de alergia medicamentosa o alimenticia u otros.
- **Color amarillo:** paciente con riesgo de caídas.
- Si bien es cierto la condición del paciente puede cambiar, como, por ejemplo, que el paciente haya sido atendido en área crítica y haber mejorado su estado de salud y ser transferido a un área de hospitalización, por ello en esos casos se debería colocar el brazalete de identificación si este se encontrara deteriorado
- El diseño del programa de identificación del paciente por brazalete será integrado al sistema actual de la red informática del Hospital María Auxiliadora, por lo que al crear la conexión a la base de datos del sistema integral se podrá acceder a la información, el código que puede identificar al paciente es el número de historia clínica.
- La Oficina de Admisión, asignará un código de barras al brazalete de identificación de tal manera que los usuarios tanto SIS como particulares procedan a la facturación del mismo.

### 4. IMPRESIÓN Y ENTREGA DEL BRAZALETE:

- La impresión se realizará en el área de Admisión física, emergencia y a cargo del personal de enfermería de turno.
- En el caso de pacientes que se encuentren en emergencia (observación) deberá ser colocado el brazalete de identificación por el personal de enfermería.
- En caso de Hospitalización de un paciente ambulatorio que ingrese por Consultorio externo, deberá colocársele el brazalete de identificación antes de ser hospitalizado.
- En situaciones en las que el paciente no pueda ser identificado por no disponer de la documentación y/o ser incapaz de responder, se colocara un brazalete con datos como NN-sexo-HC y código de barras que estadística le asigne.
- En caso de pacientes con identidad desconocida por no disponer de documentación y/o ser incapaz de responder, se colocará en el brazalete nombre y N° de historia que se le asigne hasta que el personal de Servicio Social, previa interconsulta, coordine el registro a través de huella digitales en la RENIEC y pueda regularizar su registro en el servicio de emergencia, con la excepción de los extranjeros e indocumentados.





## 5. COLOCACIÓN DEL BRAZALETE

- La colocación del brazalete es responsabilidad de la licenciada de enfermería a cargo de los cuidados al paciente. La colocación se realizará previa verificación e identificación del paciente y será según los colores pre asignado.
- La enfermera de la unidad y/o servicio, que reciben a los pacientes se encargará de comprobar la correcta identificación del mismo.
- En situaciones en que la vida del paciente se pueda ver comprometida, tienen prioridad la atención al paciente antes que la identificación. En cuanto sea posible, la enfermera que esté a cargo del cuidado del paciente será encargará de identificar al paciente y colocar el brazalete correspondiente.
- Deberán considerar la holgura suficiente que permita movilizar el brazalete alrededor de la muñeca sin necesidad de que se salga por sí solo, debe cuidarse este aspecto a fin de preservar la integridad cutánea y/o evitar posibles lesiones y sobre todo facilitar accesos venosos en lo posible.
- En caso del paciente rechace llevar puesto el brazalete identificativo, será informado de los riesgos de no llevar puesto el brazalete, esto debe ser presenciado por un testigo (miembro del equipo de salud y familiar) y debe estar anotado en los registros de enfermería.
- Si fuera causa de intolerancia por razones de alergia, se dejará constancia por escrito en la historia clínica del paciente. Si un procedimiento requiere su retiro, será reemplazado a la brevedad posible, por la enfermera responsable del cuidado del paciente y registrado en el procedimiento en las notas de enfermería precisando la causa por la que se retira y el momento probable de su reemplazo.
- En caso de homonimias; durante la entrega de turno por el personal de enfermería, se deberá consignar la información de permanencia de pacientes homónimos en hospitalización, de modo obligatorio. Deberán ser admitidos los pacientes en habitaciones diferentes y alejados en cuanto sea posible, la identificación de pacientes homónimos se realiza de la siguiente manera:
  - Paciente 1: dos nombres y un apellido.
  - Paciente 2: un nombre y dos apellidos.
  - Paciente 3: un nombre y un apellido.
- En caso de fallecimiento de paciente, no se debe retirar el brazalete de identificación hasta la entrega del cadáver al familiar y/o cuidador responsable o representante legal.
- En caso de fallecimiento del paciente que deba ser trasladado a la morgue central deberá ir con su respectivo brazalete de identificación.
- El brazalete de identificación será retirado al alta del paciente, antes que se retire del servicio y/o unidad, el mismo que deberá ir obligatoriamente anexado a la historia clínica.





## 6. UBICACIÓN DEL BRAZALETE

- El brazalete de identificación se colocará de preferencia en la extremidad superior izquierda, si no se pudiera colocar en ese lugar, se continuará con la extremidad superior derecha, en caso que no se pueda colocar en esos lugares, se colocara en las extremidades Inferiores, ello dependerá del abordaje venoso periférico, que son utilizados para procedimientos, tratamientos a administrar que nos dificulte el acceso a las extremidades de los pacientes. En caso de pacientes poli traumatizados, quemados o con algún compromiso cutáneo, se colocará una identificación en alguna parte del cuerpo que sea visible (sobre los vendajes u otra zona del cuerpo o de ser el caso en la zona superior derecha de la cama, con el debido sustento y registro en las notas de enfermería.
- En caso de recién nacidos hospitalizados, prematuros extremos y/o aquellos con múltiples elementos invasivos, el brazalete de identificación quedará colocado en un lugar visible de la incubadora hasta que sus condiciones clínicas del recién nacido permitan colocarle el brazalete de identificación.
- Excepcionalmente se colocará un brazalete temporal (en blanco), cuando se dañe la impresora de brazaletes o tenga demoras de impresión, en este caso el registro de los datos del paciente es de manera manual con plumón indeleble con letra legible.
- En niños menores de diez años el sitio de elección será el tobillo, por necesidad de tener las muñecas disponibles para la colocación de la vía venosa y posterior inmovilización.
- En los casos que el brazalete no pueda ser colocado en los brazos del paciente debido a alguna patología (tratamiento dermatológico, quemaduras, múltiples accesos venosos) se colocara la identificación en la cabecera de la cama y/o lugar donde sea posible verificar la identidad del paciente.

## 7. LA VERIFICACIÓN DEL BRAZALETE

- Todo personal de salud antes de realizar cualquier procedimiento médico verificará la identidad del paciente.
- Cuando los servicios de ayuda diagnostican o apoyo al tratamiento (interconsultas, procedimientos especiales y otros) atiendan al paciente deberán verificarán la identidad del paciente mediante la lectura del brazalete.
- No deberá realizarse ningún procedimiento invasivo al paciente que no cuente con brazalete.
- Todo personal que detecte la ausencia del brazalete en un paciente, comunicará a la enfermera responsable.





## 8. REPOSICIÓN DEL BRAZALETE

- Las razones para su cambio:
  - Daño de la piel (erosión, lesión, alergias.)
  - Necesidad de acceso vascular
  - Necesidad de contención física (sujeción mecánica) del paciente
  - Toma de examen de sangre y no tener otro acceso venoso periférico.
  - Problemas de lectura de los datos (borroso)
  - Por necesidad asistencial, cuando la pulsera impide la realización de algún procedimiento y debe retirarse.
  - Excepcionalmente cuando el paciente viene de otro servicio sin brazalete.
  - En sala de operaciones si por motivo de la intervención quirúrgica se retira o cortó el brazalete, debe reinstalarlo antes de enviar al paciente al servicio y/o unidad correspondiente.
  - Cuando el paciente y/o familiares se lo ha retirado.
  - En caso de pérdida del brazalete de identificación del mismo.
  - Paciente que no se han podido identificar por situaciones de urgencias.
  - El brazalete no se retira hasta que el familiar culmine su trámite administrativo de alta, siendo la licenciada en Enfermería a su cargo quien lo retire.
  - En el caso de fallecimiento, el cadáver abandonará el servicio con el brazalete identificativo.

## 9. LETRERO O CARTEL DE IDENTIFICACION DE PACIENTE

- El personal de enfermería debe colocar la tarjeta de identificación, en la cabecera de la cama de pacientes hospitalizados, así como en los lugares donde se administren tratamientos de hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia y cirugía de corta estancia.
- Debe contener, al menos el nombre completo y la fecha de nacimiento del paciente.
- Los datos de identificación (nombre completo y la fecha de nacimiento) tendrán un tamaño en una proporción 2:1 respecto al resto de la información y se registrarán con un color contraste con el medio para facilitar la identificación de manera visual.
- Además de los datos de identificación del paciente, en este documento es recomendable anotar: grupos sanguíneo y el factor Rh, alergias, edad.





## 10. RESPONSABILIDADES

- A la Dirección General, brindar facilidades para la aprobación e implementación del presente documento técnico.
- El cumplimiento de la presente guía Técnica es responsabilidad del Departamento de Enfermería, así mismo hace el requerimiento para el abastecimiento y distribución en las diferentes unidades y servicios del Hospital María Auxiliadora.
- Las Supervisoras de Enfermería deberán remitir trimestralmente el informe del cumplimiento de los anexos de la presente Guía Técnica de Procedimiento: Identificación del paciente.
- Las Supervisoras de enfermería, realizarán el control monitoreo y supervisión del cumplimiento de las medidas para la correcta identificación del paciente, que incluye el uso del brazalete y cartel visible.

## 11. DIFUSIÓN

- El Departamento de Enfermería presentará la propuesta de Guía Técnica de Procedimiento de Enfermería: "Identificación de pacientes" a la Dirección General y a la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital María Auxiliadora.
- Los Enfermeros supervisores, jefes de servicios y/o unidades serán los responsables de su difusión en los servicios y/o unidades respectivas.

## 12. IMPLEMENTACIÓN

- Los jefes de servicio, supervisoras de enfermería son responsables de la implementación.

## 13. SEGUIMIENTO Y MEJORA

- Los jefes de servicio y supervisoras de área supervisarán y retroalimentarán el proceso de implementación de acuerdo a resultados.

## VIII. RECOMENDACIONES

- El Departamento de Enfermería, a través de las jefaturas, supervisoras de enfermería, deberán socializar la presente Guía Técnica de Procedimientos de Enfermería: "Identificación de Pacientes." Al personal a su cargo.
- El personal de enfermería, deberá realizar sesiones educativas al personal de salud para la adecuada identificación de los pacientes durante su observación u hospitalización.
- No se debe realizar procedimientos:
  - Cirugías, administración de medicamentos, administración de componentes sanguíneos a pacientes que no porten brazalete de identificación. Se excluye caso de pacientes en emergencia vital.



- El personal de enfermería que detecte la ausencia del brazalete en un paciente deberá comunicar el hecho y es responsabilidad de realizar el seguimiento de la colocación del mismo. En caso de que el paciente sea trasladado a otro establecimiento de salud y retorne para continuar su atención en la institución, deberá permanecer con el brazalete de identificación en todo momento.
- Está prohibido sobre escribir, tachar y colocar enmendaduras en el brazalete de identificación.
- Así mismo se informará sobre:
  - La obligatoriedad de comunicar su deterioro o extravío.
  - En casos excepcionales el brazalete será retirado solo si fuese estrictamente necesario.
  - El brazalete de identificación debe ser de material resistente al deterioro causado por el agua, por ende, el paciente pueda realizarse la higiene corporal con el brazalete puesto.
  - En caso de existir error de digitación de algún dato que se haya registrado en el brazalete de identificación se debe comunicar inmediatamente al personal de enfermería y asumir la responsabilidad de realizar el seguimiento de la corrección del mismo.

## IX. AUTORES, FECHA Y LUGAR

### 1. Nombre del ejecutor responsable

Departamento de Enfermería del Hospital María Auxiliadora

### 2. Fecha y lugar de elaboración de la Guía Técnica de Procedimiento de Enfermería: "Identificación del Paciente"

Julio 2022 – Hospital María Auxiliadora – San Juan de Miraflores

### 3. Vigencia:

2 años a partir de su elaboración con Resolución Directoral.

### 4. Lista de autores y correos electrónicos:

Mg. Lucia Angélica Inga Paz

Lic. Enf. Mónica Ríos Torres

[luciainp@hma.gob.pe](mailto:luciainp@hma.gob.pe)

[riostorres@hma.gob.pe](mailto:riostorres@hma.gob.pe)





## X. ANEXOS:

Anexo N° 1: Procedimiento de Identificación correcta de pacientes Neonatos, Pediátricos y Adultos

Anexo N° 2: Procedimiento de Identificación correcta de pacientes Neonatos, Pediátricos y Adultos en procedimientos especiales.

Anexo N° 3: Flujograma de identificación del paciente.

Anexo N° 4: Lista de chequeo del cumplimiento de la Guía Técnica Procedimiento de Enfermería: identificación de pacientes: Neonato, pediátricos.

Anexo N° 5: Lista de chequeo del cumplimiento de la Guía Técnica Procedimiento de Enfermería: Identificación de Pacientes Adultos

Anexo N° 6: Formato para duplicado de Brazaletes de Identificación de Pacientes

Anexo N° 7: Ficha de Registro de Incidentes, eventos adversos y eventos centinela

Anexo N° 8: Lista de chequeo: Cumplimiento del Procedimiento de identificación de pacientes.

Anexos N° 9: Porcentaje de personal de salud informado respecto a la guía de identificación de Pacientes.

Anexo N° 9.1: Porcentaje de pacientes con identificación al ingreso.

Anexo N° 9.2: Porcentaje de Eventos Adversos derivados de Errores de identificación.

Anexo N° 9.3: Porcentaje de pacientes con brazalete de identificación con datos correctos.

Anexo N° 9.4: Porcentaje de pacientes por Cartel Visible de Identificación con datos correctos.

Anexo N° 9.5: Porcentaje de pacientes por Cartel Visible de Identificación con datos correctos

Anexo N° 10: Cartel de Identificación de Pacientes



**ANEXO 1****PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE PACIENTES NEONATO,  
PEDIATRICO Y ADULTO.**

Hospital María Auxiliadora  Departamento de Enfermería	PROCEDIMIENTO  IDENTIFICACION CORRECTA DE PACIENTES	Fecha de elaboración: 22 de junio 2022 Validado: 25 de julio 2022 Página: 1 de 1
<b>Definición:</b> La Identificación correcta de pacientes, es un procedimiento, que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención en nuestra Institución HMA.		<b>Consentimiento Informado</b> Si (    ) No (    )
<b>Requisitos:</b> Realizar la identificación correcta de todo paciente neonato, pediátrico y adulto hospitalizado.		
<b>Materiales:</b> - Brazaletes de identificación - Registro de pacientes hospitalizados - Colocación del Cartel de Identificación en Cabecera de la incubadora, cuna ,cama del paciente Hospitalización		
<b>Paso N°</b> <b>Descripción de Acciones</b>		<b>Responsable</b>
01	Recepción del paciente, identificación correcta al ingreso a admisión, UHSMA, servicio de hospitalización, centro Quirúrgico, áreas críticas.	
02	El personal de salud, debe identificar al paciente desde el momento en que este solicita la atención, con al menos dos identificadores, que serán el nombre completo del paciente y su fecha de nacimiento (día, mes. año).	Enfermera
03	Estandarizar la identificación del paciente con la: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocación de cartel de cabecera o a pie de cama, la cual debe contener el nombre completo, edad, sexo, HCI, fecha de ingreso, procedencia, alergia, riesgo de caídas.</li> <li>- Colocación de Brazaletes de identificación, los cuales deben ser colocados a todos los pacientes desde la admisión por consulta externa, áreas críticas, centro Quirúrgico hospitalización, UHSMA, debe de contener los requerimientos de la Guía Técnica de Identificación del paciente.</li> </ul>	Enfermera
04	En la hoja de evolución de enfermería, se debe registrar la colocación del brazaletes y cartel de cabecera, así como los datos de quien realizo la verificación de los identificadores.	Enfermera





## ANEXO N°2

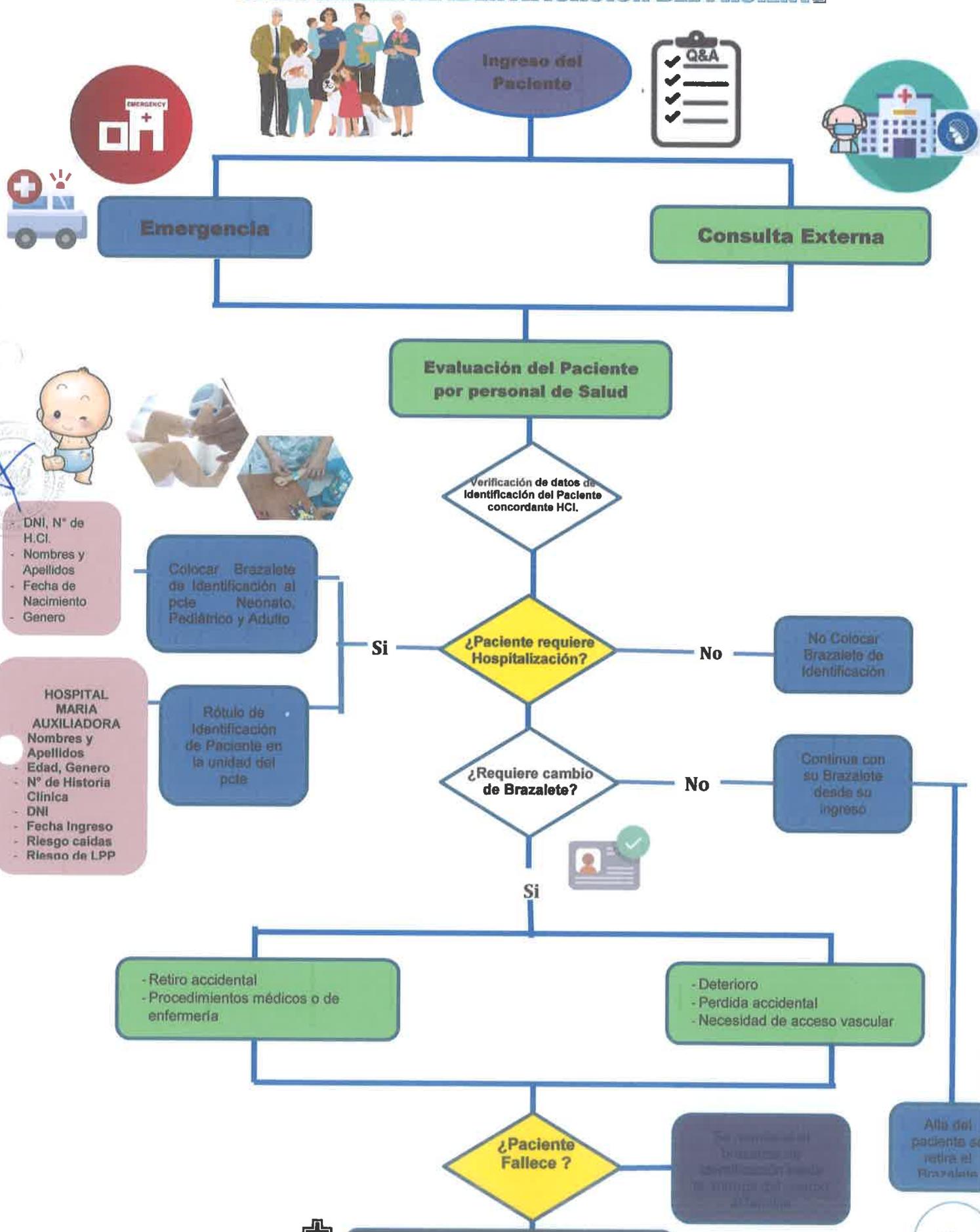
PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACION CORRECTA DE PACIENTES NEONATOS,  
PEDIATRICOS Y ADULTOS EN PROCEDIMIENTOS ESPECIALES.

HOSPITAL NACIONAL MARIA AUXILIADORA DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	PROCEDIMIENTO	Fecha elaboración: Validado:25 de junio 2022
	IDENTIFICACION CORRECTA DE PACIENTES	
<b>Definición:</b> La identificación correcta del paciente neonato, pediátrico y adulto, es un procedimiento, que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.		Consentimiento informado:
<b>Requisitos:</b> Realizar la identificación correcta de todo paciente hospitalizado en los diferentes servicios y/o unidades.		Si ( )
<b>Materiales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brazaletes de identificación.</li> <li>• Registro de pacientes hospitalizados, Pre y Post quirúrgicos.</li> <li>• Colocación de Tarjeta de Identificación en cabecera de Hospitalización.</li> </ul>		No( )
Paso N°	Descripción de Acciones	Responsable
01	<p><b>De la identificación de la paciente previa a la realización de procedimiento.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El personal de salud del HMA debe comprobar los datos de identificación del paciente mínimo en los siguientes casos.</li> <li>2. Antes de la administración de medicamentos.</li> <li>3. Antes de la administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.</li> <li>4. Antes de la Transfusión de hemoderivados</li> <li>5. Antes de la extracción de muestra sangre para análisis clínico.</li> <li>6. Antes de realizar procedimientos médicos y quirúrgicos.</li> <li>7. Traslado dentro o fuera del establecimiento</li> <li>8. Antes de la entrega de dietas</li> <li>9. Antes del inicio de la terapia de remplazo de renal con hemodiálisis</li> <li>10. Al Identificar cadáveres</li> <li>11. Antes de la vacunación</li> </ol>	Enfermera/Técnico de Enfermería/Técnico de Laboratorio/Técnico de Radiología /Técnico de Nutrición.
02	<p><b>De la identificación en estudios de imagenología, laboratorio clínico y patología.</b></p> <p>-Las solicitudes deben contar con los datos de identificación del paciente (nombre completo, número de historia clínica y DNI), además de la fecha del estudio, identificación del solicitante, estudio solicitado y diagnóstico probable.</p> <p>-Las placas radiográficas deben contener del lado derecho los datos de identificación del paciente deben contener (nombre completo, número de historia clínica, DNI), fecha y hora de del estudio, identificación del establecimiento y clave o iniciales del profesional que la realiza. El personal que realiza el estudio debe especificar en los resultados del mismo la existencia de incidentes y accidentes durante el proceso, en caso de que hayan existido. El personal de laboratorio y patología deberá verificar los datos del paciente.</p>	Medico/Enfermera/Técnico de enfermería/Técnico de Radiología/Técnico de laboratorio.





# ANEXO N°3 FLUJOGRAMA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE



- DNI, N° de H.C.I.
- Nombres y Apellidos
- Fecha de Nacimiento
- Genero

- HOSPITAL MARIA AUXILIADORA**
- Nombres y Apellidos
  - Edad, Genero
  - N° de Historia Clínica
  - DNI
  - Fecha Ingreso
  - Riesgo caídas
  - Riesgo de LPP

Colocar Brazalete de identificación al pcte Neonato, Pediátrico y Adulto

Rótulo de identificación de Paciente en la unidad del pcte

- Retiro accidental  
- Procedimientos médicos o de enfermería

- Deterioro  
- Perdida accidental  
- Necesidad de acceso vascular

¿Paciente Fallece?

Se retira el brazalete al ser informado de la muerte del paciente al familiar

Alta del paciente se retira el Brazalete





**ANEXO N°4**

**LISTA DE CHEQUEO DEL CUMPLIMIENTO DE LA GUIA TECNICA PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES NEONATO, PEDIATRICOS.**

Fecha y Hora, de la ocurrencia del Evento Adverso: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos del paciente: \_\_\_\_\_

N° de Historia Clínica: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: H ( ) M ( )

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ N° de días hospitalizado: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_

N°	CRITERIOS A EVALUAR	SI	NO	%
1.	Personal de enfermería tiene conocimiento de la existencia de la Guía Técnica de Identificación de Paciente.			10
2.	El neonato, pediátrico tiene brazaletes de identificación en un lugar visible en la incubadora o cuna (pared interior y posterior) según guía técnica.			10
3.	El brazaletes de identificación contiene datos legibles, verificables completos según guía técnica.			10
4.	El personal de enfermería verifica en forma verbal y visual la correspondencia de los datos de identificación del neonato, pediátrico durante el ingreso, traslado y/o procedimientos.			10
5.	Personal de enfermería realiza verificación cruzada de los datos de identificación antes del ingreso, procedimiento y traslado del paciente.			10
6.	Al alta o traslado del paciente permanece su brazaletes de identificación de acuerdo a la Guía Técnica: Identificación del Paciente.			10
7.	En caso de fallecimiento del paciente neonato, pediátrico cuenta con brazaletes de identificación antes de ser trasladado al Servicio de Patología.			10
	<b>Observaciones:</b>		<b>TOTAL</b>	

De 60% a 70% se cumple con la Guía Técnica: Identificación del Paciente.  
Menos del 50 % no se cumple.

Firma y sello del evaluador: \_\_\_\_\_





**ANEXO N°5**

**LISTA DE CHEQUEO DEL CUMPLIMIENTO DE LA GUIA TECNICA PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES ADULTOS**

Fecha y Hora, de la ocurrencia del Evento Adverso: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos del paciente: \_\_\_\_\_

N° de Historia Clínica: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: H ( ) M ( )

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ N° de días hospitalizado: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_

N°	CRITERIOS A EVALUAR	SI	NO	%
1	Personal de enfermería tiene conocimiento de la existencia de la Guía Técnica de Identificación de Paciente.			10
2	El personal de enfermería verifica en forma verbal y visual la correspondencia de los datos de identificación del paciente durante el ingreso, traslado y/o procedimientos.			10
3	El paciente tiene brazalete de identificación en un lugar definido según guía técnica.			10
4	El brazalete de identificación contiene datos legibles, verificables completos según guía técnica.			10
5	Unidad del paciente tiene letrero de identificación del paciente.			10
6	Al alta o traslado del paciente permanece su brazalete de identificación de acuerdo a la Guía Técnica: Identificación del Paciente.			10
7	En caso de fallecimiento del paciente cuenta con brazalete de identificación antes de ser trasladado al Servicio de Patología.			
	<b>Observaciones:</b>			
			<b>TOTAL</b>	

De 60% a 70% se cumple con la Guía Técnica: Identificación del Paciente.  
Menos del 50 % no se cumple.

Firma y sello del evaluador: \_\_\_\_\_





**ANEXO N° 6**

**FORMATO PARA DUPLICADO DE BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN**

<b>Servicio:</b>		<b>Fecha:</b>		
<b>Nombre y Apellidos:</b>				
<b>Tipo de brazalete solicitado:</b>		Blanco (    ) Rojo (    ) Amarillo (    )		
<b>MOTIVO</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
1. Rotura o deterioro				10
2. Datos legibles				10
3. Datos erróneos				10
4. Necesidad asistencial: Brazalete impide la realización de algún procedimiento.				10
5. El paciente viene de centro quirúrgico sin brazalete				10
6. El paciente se lo ha quitado				10
7. El paciente no pudo ser identificado por situación de urgencia/emergencia				10
<b>Otros:</b>				

De 60% a 70% se cumple con la Guía Técnica: Identificación del Paciente.  
Menos del 50 % no se cumple.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de la enfermera(o) solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de la enfermera(o) responsable de cambiar la pulsera



**ANEXO N°7**

**FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS**

N° DE FECHA

FECHA DE NOTIFICACION	<input type="text"/>
NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	<input type="text"/>
MICRORRED DE SALUD/RED DE SALUD	<input type="text"/>

**A. DATOS DEL PACIENTE**

N° DE HISTORIA CLINICA	<input type="text"/>
SEXO DEL PACIENTE	<input type="text"/>
EDAD	<input type="text"/>
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	<input type="text"/>

**B. UBICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE**

UPSS/SERVICIO	<input type="text"/>
---------------	----------------------

**C. SEVERIDAD (MARCA CON UNA "X")**

INCIDENTE \*       EVENTO ADVERSO \*\*       EVENTO CENTINELA \*\*\*

\*Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente.

\*\*Daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por enfermedad o el trastorno del paciente.

\*\*\*Es un evento adverso que produce la muerte, lesión física/psicológica grave o la perdida permanente e importante de una función.

**D. DESCRIPCION DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO**

FECHA DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO	<input type="text"/>
HORA APROX. DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO	<input type="text"/>

**BREVE DESCRIPCION DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO**





PERÚ

Ministerio de Salud

“Guía de Procedimiento de Enfermería  
“Identificación del Paciente”



**ANEXO N° 8**

**LISTA DE CHEQUEO: “CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES”**

**SERVICIO:**..... **UNIDAD:**..... **FECHA:**..... **HORA:**.....

ASPECTOS A OBSERVAR	cama:		cama:		Total	EVIDENCIAS												
	SI	NO																
1 El paciente porta brazalete de identificación																		
2 La pulsera cuenta con registro de nombre, dos apellidos, DNI, fecha y hora de ingreso.																		
3 Consignación de datos legibles (letra de imprenta), consignados por el paciente																		
4 Los datos del paciente coinciden con la información otorgada por el paciente, familiar y/o acompañante																		
5 Se verifica el registro de procedimiento en la HCL (nota de ingreso)																		

Marque con ✓ según

- % De Cumplimiento (5= 100%)
- Óptimo 100%
- Aceptable 90%
- Crítico: Menor De 90 %

Firma Del Responsable Del Proceso De

**ANEXO N° 9****INDICADORES DE EVALUACIÓN Y MONITOREO: Porcentaje de personal de salud informado respecto a la guía de identificación de Pacientes.**

DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de personal de salud informado respecto a la guía de identificación de Pacientes.
TIPO DE INDICADOR	De resultado
DIMENSIÓN	Seguridad del Paciente
FÓRMULA	N° de personal de salud informados de la guía de identificación del paciente / Total de personal de Enfermería asistencial del Hospital María Auxiliadora
ESTANDAR DE CUMPLIMIENTO	100%
DEFINICIÓN	Se entenderá personal informado a aquel que haya recibido la Capacitación de la guía y tenga conocimiento claro del mismo.
FUENTE DE INFORMACIÓN	Registro de asistencia a reuniones de capacitación presenciales/virtuales
PERIODICIDAD	Trimestral
RESPONSABLES	Departamento de Enfermería

**ANEXO N° 9.1****INDICADORES DE EVALUACIÓN Y MONITOREO: Porcentaje de pacientes con identificación al ingreso.**

DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes con identificación al ingreso.
TIPO DE INDICADOR	De resultado
DIMENSIÓN	Seguridad del Paciente
FÓRMULA	$\frac{\text{N° de paciente con brazalete de identificación al ingreso} \times 100}{\text{N° pacientes en total ingresados}}$
ESTANDAR DE CUMPLIMIENTO	100%
DEFINICIÓN	Se cuenta con los pacientes que ingresen por las diferentes unidades y servicios de atención.
FUENTE DE INFORMACIÓN	Registro de pacientes por admisión.
PERIODICIDAD	Trimestral
RESPONSABLES	Departamento de Enfermería

**ANEXO N° 9.2****INDICADORES DE EVALUACIÓN Y MONITOREO: Porcentaje de Eventos Adversos  
derivados de Errores de identificación**

DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de Eventos Adversos derivados de Errores de identificación
TIPO DE INDICADOR	De resultado
DIMENSIÓN	Seguridad del Paciente
FÓRMULA	$N^{\circ}$ de pacientes identificados x 100 / Total de pacientes hospitalizados
ESTANDAR DE CUMPLIMIENTO	100%
DEFINICIÓN	Identificación del paciente mediante brazalete y tablero de identificación según criterios de la Guía de Identificación de Paciente.
FUENTE DE INFORMACIÓN	Registro de Eventos Adversos
PERIODICIDAD	Mensual
RESPONSABLES	Departamento de Enfermería

**ANEXO N° 9.3****INDICADORES DE EVALUACIÓN Y MONITOREO: Porcentaje de pacientes con  
brazalete de identificación con datos correctos.**

DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes con brazalete de identificación con datos correctos.
TIPO DE INDICADOR	De resultado
DIMENSIÓN	Seguridad del Paciente
FÓRMULA	$N^{\circ}$ de pacientes con brazalete de identificación x 100 / $N^{\circ}$ total de pacientes evaluados en el mismo periodo.
ESTANDAR DE CUMPLIMIENTO	100%
DEFINICIÓN	Los datos que se van a verificar son: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre y Apellidos.</li> <li>- Numero de Historia Clínica</li> <li>- DNI</li> <li>- Fecha de Nacimiento</li> <li>- Sexo</li> <li>- Número de Historia Clínica</li> </ul>
FUENTE DE INFORMACIÓN	Registro de pacientes atendidos y registrados en admisión.
PERIODICIDAD	Mensual
RESPONSABLES	Departamento de Enfermería

**ANEXO N° 9.4****INDICADORES DE EVALUACIÓN Y MONITOREO: Porcentaje de Eventos Adversos  
derivados de Errores de identificación**

DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de Eventos Adversos derivados de Errores de identificación
TIPO DE INDICADOR	De resultado
DIMENSIÓN	Seguridad del Paciente
FÓRMULA	Nº eventos adversos derivados de errores de Identificación / Total de pacientes que deben ser identificados según guía de identificación de paciente
ESTANDAR DE CUMPLIMIENTO	100%
DEFINICIÓN	Lesión imprevista que produce daño al paciente causado por el manejo médico no relacionado directamente con la identificación de pacientes
FUENTE DE INFORMACIÓN	Registro de Eventos Adversos
PERIODICIDAD	Mensual
RESPONSABLES	Departamento de Enfermería

**ANEXO N° 9.5****INDICADORES DE EVALUACIÓN Y MONITOREO: Porcentaje de pacientes por Cartel Visible de Identificación con datos correctos**

DEFINICIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes por Cartel Visible de Identificación con datos correctos
TIPO DE INDICADOR	De resultado
DIMENSIÓN	Seguridad del Paciente
FÓRMULA	Nº de pacientes con Cartel visible de identificación con datos correctos x 100 / Nº Total de pacientes evaluados en el mismo periodo.
ESTANDAR DE CUMPLIMIENTO	100%
DEFINICIÓN	Lesión imprevista que produce daño al paciente causado por el manejo médico no relacionado directamente con la identificación de pacientes
FUENTE DE INFORMACIÓN	Registro de Eventos Adversos
PERIODICIDAD	Mensual
RESPONSABLES	Departamento de Enfermería



**ANEXO 10**

**CARTEL DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

**N° CAMA:**



NOMBRE: \_\_\_\_\_ H CL: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ GENERO: M  F  FECHA ING.: \_\_\_\_\_

PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_ ALERGIAS: \_\_\_\_\_

RIESGO DE CAÍDA: Riesgo Alto  Riesgo Medio  Riesgo Bajo

RIESGO DE LPP: Con Riesgo  Sin Riesgo



**"Sean fuertes y valientes. No teman ni se asusten ante esas naciones, pues el Señor su Dios siempre los acompañará; nunca los dejará ni los abandonará." Deuteronomio 31:6**





## XI. BIBLIOGRAFIA:

1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
2. Decreto supremo N° 013-2006-SA. Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
3. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA. Aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad de Salud”
4. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA. Aprueba el Documento Técnico Política Nacional de calidad en salud”.
5. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”
6. Resolución Ministerial N° 1143-2019/MINSA, que aprueba la Directiva administrativa N°280-MINSA/OGPPM: “Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos de los Órganos, Unidades Orgánicas de la Administración Central, Los Órganos Desconcertados, Programa y Organismos Públicos Adscritos del MINSA”.
7. Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.
8. Ley del Trabajo de la Enfermera (o) N° 27669 del 2002
9. Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú.
10. Resolución Directoral N° 090-2021HMA-DG, del 30 de Diciembre de 2021 que aprueba el Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2022 del Hospital María Auxiliadora.
11. Joint Commission [Internet].USA. Disponible en:[https://www.jointcommission.org/topics/patient\\_safety.aspx](https://www.jointcommission.org/topics/patient_safety.aspx)
12. Protocolo\_Identificacion\_Pacientes.pdf [Internet]. [cited 2021 Feb 24]. Available from:  
[http://200.72.129.100/transparencia/transparencia\\_activa/documentos/docVarios/P  
rotocolo\\_Identificacion\\_Pacientes.pdf](http://200.72.129.100/transparencia/transparencia_activa/documentos/docVarios/Protocolo_Identificacion_Pacientes.pdf)
13. [https://www.hospitaluvrocio.es/wp-content/uploads/2019/01/Procedimiento-Identificacion- General-Inequivoca-Pacientes.pdf](https://www.hospitaluvrocio.es/wp-content/uploads/2019/01/Procedimiento-Identificacion-General-Inequivoca-Pacientes.pdf)
14. Procedimiento-Identificacion-General-Inequivoca-Pacientes.pdf [Internet]. [cited 2021 Feb 24].
15. Resolución Directoral N° 090-2021HMA-DG, del 30 de Diciembre de 2021 que aprueba el Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2022 del Hospital María Auxiliadora.
16. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Safety and Quality. Improvement Guide Standard 5: Patient Identification and Procedure Matching (October 2012). Sydney: ACSQHC; 2012.
17. Martínez Ochoa EM, Cestafe Martínez A , Martínez Sáenz M S, Belío Blasco C, Caro Berquilla Y, Rivera Sanz F. Evaluación de la implantación de un sistema de identificación inequívoca de pacientes en un hospital de agudos. Med Clin (Barc). 2010; 135( 1):61-66.

