| CLÍNICA San Rafael | NOMBRE<br>**REGISTRO DE EDUCACIÓN A PACIENTE, FAMILIA Y ACOMPAÑANTES** | | CÓDIGO<br>**04-FT-024** |
|---|---|---|---|
| | TIPO DE DOCUMENTO<br>**FORMATO** | PROCESO<br>**MISIONAL** | VERSIÓN 005 |

**EDUCACIÓN GRUPAL A PACIENTE, FAMILIA Y ACOMPAÑANTES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** | | **SEDE:** | |
| **NOMBRE DEL RESPONSABLE:** | | **CARGO:** | |

Entrega de información y educación al usuario acerca de: misión, visión, política de calidad, valores corporativos, portafolio de servicios, derechos y deberes, entorno del servicio prestado, horarios de visitas y de atención, normas de comportamiento en el servicio, canales de comunicación, politica de seguridad del paciente, mecanismos para prevenir infecciones asociadas al cuidado de la salud, polìtica de humanización, procedimiento de egreso y recomendaciones, procedimiento de PQRS, solicitud de historia clínica, ruta de evacuación y plan de emergencias.

| NOMBRE DEL PACIENTE | Nª IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | NOMBRE DEL FAMILIAR O ACOMPAÑANTE | NOMBRE DEL FAMILIAR O ACOMPAÑANTE | NOMBRE DEL FAMILIAR O ACOMPAÑANTE | NOMBRE DEL FAMILIAR O ACOMPAÑANTE |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |