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

EDUCACIÓN GRUPAL A PACIENTE, FAMILIA Y ACOMPAÑANTES			
FECHA:		**SEDE:**	
NOMBRE DEL RESPONSABLE:		**CARGO/SERVICIO:**	

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