


	<p>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</p> <p>PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES</p>	Página 1 de 12	Versión 0.6	
		Subdirección Gestión del Cuidado Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia Octubre 2026		



PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

<p>ELABORADO POR: EU CRISTIAN OLIVARES G. JEFE(S) U. ACREDITACIÓN DE PRESTADORES Acreditación de Prestadores</p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i></p> <p style="text-align: center;">HOSPITAL COQUIMBO</p> <p>HOSPITAL COQUIMBO FECHA: OCTUBRE 2021</p>	<p>REVISADO POR: EU JACQUELIN ARANDA T. SDGC</p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i></p> <p style="text-align: center;">HOSPITAL COQUIMBO</p> <p>HOSPITAL COQUIMBO FECHA: OCTUBRE 2021</p>	<p>APROBADO POR: DR. CHRISTIAN VARGAS A. DIRECTOR(S)</p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i></p> <p style="text-align: center;">HOSPITAL COQUIMBO</p> <p>HOSPITAL COQUIMBO FECHA: OCTUBRE 2021</p>
---	---	---

	<p>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</p> <p>PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES</p>	Página 2 de 12	Versión 0.6	
		<p>Subdirección Gestión del Cuidado Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		
		<p>Fecha de Vigencia Octubre 2026</p>		

Hospital San Pablo de Coquimbo
Subdirección de Gestión del Cuidado
2021

Elaborado por:

Marcela Allard Pincheira

Enfermera Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (r)



Jacquelin Aranda Tapia

Subdirectora Gestión del Cuidado

Actualizado por:



Cristian Olivares Galleguillos

Enfermero Jefe(s) U. Acreditación de prestadores

	<p>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</p> <p>PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES</p>	Página 3 de 12	Versión 0.6	
		<p>Subdirección Gestión del Cuidado Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		
		<p>Fecha de Vigencia Octubre 2026</p>		

INDICE

	Página
1. OBJETIVOS	4
2. ALCANCE	4
3. ASPECTO NORMATIVO	4
4. RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN	5
5. DEFINICIONES	6
6. DESARROLLO	6
6.1 Datos mínimos del Brazalete de identificación	6
6.2 Procedimiento de instalación del brazalete de identificación	8
7. INDICADOR	10
8. ANEXOS	11

	<p>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</p> <p>PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES</p>	Página 4 de 12	Versión 0.6	
		<p>Subdirección Gestión del Cuidado Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		
		<p>Fecha de Vigencia Octubre 2026</p>		

1. OBJETIVO

Disminuir los errores en la identificación de pacientes a través del uso correcto y oportuno de un *brazalete de identificación* en el Hospital San Pablo de Coquimbo.

2. ALCANCE



En forma obligatoria a todo paciente que consulta en la Unidad de Emergencia, hospitalizado(a) recién nacido, pediátrico(a) o adulto(a), pacientes con compromiso de conciencia y los que ingresan a pabellones (Central, UCA, Obstétrico) del Hospital San Pablo de Coquimbo.

3. ASPECTO NORMATIVO

Acreditación de Prestadores Institucionales para Atención Cerrada; ámbito Gestión Clínica 1.12, se aplica un programa de evaluación y mejoría prácticas clínicas: “Identificación del paciente”:

4. RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN

Funcionario(a) Admisión Unidad de Emergencia: Responsable de la impresión de brazaletes de todos los pacientes que consultan en la U. de Emergencia y los que requieren de hospitalización.

	<p>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</p> <p>PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES</p>	Página 5 de 12	Versión 0.6	
		<p>Subdirección Gestión del Cuidado Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		
		<p>Fecha de Vigencia Octubre 2026</p>		

Funcionario(a) administrativo(a) Censo: Responsables de la impresión de brazaletes de pacientes que ingresan de manera programada y aquellos que sean requeridos por los servicios clínicos, en horario hábil.

Funcionario Unidad de Cirugía Ambulatoria: Responsables de la impresión de brazaletes de los pacientes que ingresan a su unidad.

Enfermera Selector Demanda: Responsable de la instalación del brazaletes a todo paciente que ingresa para categorización y posterior atención.



Técnicos Paramédicos de la Unidad de Emergencia: Responsables de la instalación del brazaletes a todo paciente que ingresa para atención sin categorización y hospitalización.

Técnicos Paramédicos Consultorio de Especialidades (CAE): Responsables de la instalación del brazaletes de los pacientes con indicación de hospitalización.

Técnicos Paramédicos servicios de hospitalización y pabellones: Responsables de la instalación o reinstalación del brazaletes durante la hospitalización o intervención.

Técnico Paramédico de unidad de recién nacido de transición Pabellón Obstétrico: Responsable de la elaboración e instalación de brazaletes en el Recién Nacido.

Enfermeras y Matronas de los servicios clínicos y Unidades de Apoyo: Responsables de supervisar la instalación y mantención correcta del brazaletes de identificación de los pacientes a su cargo.

	<p>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</p> <p>PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES</p>	Página 6 de 12	Versión 0.6	
		<p>Subdirección Gestión del Cuidado Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		
		<p>Fecha de Vigencia Octubre 2026</p>		

5. DEFINICIONES

Brazalete de Identificación: Se define como tipo de Identificación el siguiente brazalete: Pulseras tipo tyvek o plástico fino, resistente, ajustable, contiene en forma impresa o manual los datos respectivos del paciente y un código de barra (en el caso de brazalete impreso)

Código de barra: Son líneas paralelas verticales que contienen información del paciente, permite obtener datos en línea y lectura inmediata mediante un cliqueo con un lector de código de barra.

Brazalete Erróneo: Pulsera con datos del paciente incompleto o equívoco.



6. DESARROLLO

Para la identificación de pacientes se utilizará brazalete de identificación en forma digital con lectura de código de barra y/o manual en todos los pacientes señalados en el presente protocolo. Serán instalados según corresponda en U. Emergencia, Unidad de Cirugía ambulatoria, sala de pabellón obstétrico, servicio o unidad de hospitalización cuando ingresan por Consulta de especialidades médicas.

6.1 Datos mínimos del brazalete de identificación

6.1.1 Brazalete adulto y pediátrico

- Primer Nombre
- Apellido Paterno

	<p>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</p> <p>PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES</p>	Página 7 de 12	Versión 0.6	
		<p>Subdirección Gestión del Cuidado Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		
		<p>Fecha de Vigencia Octubre 2026</p>		

- Apellido Materno
- N° de cédula de identidad (RUN)

Pacientes con un solo apellido: Consignar en recuadro de segundo apellido, un guión.



Paciente transexual: Cuando así lo solicite, se consignará de la siguiente forma:

- Primer nombre social, seguido de simbología slash (/) y a continuación primer nombre legal
- Apellido paterno
- Apellido materno
- N° de cédula de identidad (RUN)

En el caso de **pacientes extranjeros sin RUN asociado a una cedula de identidad definitiva y recién nacido no inscrito**, reemplazar el RUN por el código paciente (CP) hasta que se regularice la situación.

6.1.2 Brazaletes recién nacido (R.N)

- Encabezado RN
- Nombre de la madre (primer nombre y dos apellidos)
- N° de cédula de identidad (RUT) de la madre
- Sexo (F : femenino y M : masculino)
- Fecha y hora de nacimiento
- En caso de gemelos se debe consignar G1 o G2
- En caso de trillizos se debe consignar T1-T2-T3
- En caso de cuatrillizos se debe consignar C1-C2-C3-C4

	<p>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</p> <p>PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES</p>	Página 8 de 12	Versión 0.6	
		<p>Subdirección Gestión del Cuidado Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		
		<p>Fecha de Vigencia Octubre 2026</p>		

6.1.3 Paciente con compromiso de conciencia sin identificación

Se registrará como NN y se consignará obligatoriamente el sexo, fecha de ingreso y código paciente.

La calidad de NN permanecerá hasta que se cuente con evidencia suficiente que respalde efectivamente la identificación del paciente, sea carnet de identidad si es que es posible constatar la foto con el paciente o informe pericial dactilar.¹



6.1.4 Paciente Fallecido

Para el caso del paciente fallecido, durante la preparación del cuerpo para su traslado, se debe proteger la legibilidad de los datos del brazalete de identificación y **NUNCA** debe ser retirado del cuerpo. Además, sobre la superficie bolsa plástica que envuelve el cuerpo, se debe colocar un rótulo que contenga los mismos datos mínimos que señala el brazalete de identificación.

6.2 Procedimiento de instalación del brazalete de identificación

- Informar al paciente y/o padre, madre o acompañante el objetivo del uso del brazalete.
- Corroborar que los datos sean los correctos con carnet de identidad, nombres señalados en ficha clínica o DAU o consultándole al paciente sus datos.
- Instalar el brazalete en Extremidades Superiores (Muñeca) o Inferiores (tobillo). En casos excepcionales se instalará recuadro de brazalete que contiene los datos del paciente en tórax, fijándolo con apósito transparente.
- En caso de ruptura del brazalete, error en los datos, salida accidental, retiro por procedimientos, ilegibilidad u otra situación que determine su retiro, se debe instalar brazalete manual transitorio y solicitar reposición de brazalete digital, en horario hábil a

¹ La coordinación para ello se hará con PDI y estará a cargo de Enfermera/o Coordinador U. de Emergencia

	<p>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</p> <p>PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES</p>	Página 9 de 12	Versión 0.6	
		<p>Subdirección Gestión del Cuidado Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		
		<p>Fecha de Vigencia Octubre 2026</p>		

Censo. Una vez instalado el brazalete electrónico podrá ser retirado el brazalete manual.



- En los pacientes de alta o en consulta en la U. de Emergencia, éste deberá ser retirado en su domicilio, en ningún caso mientras permanezca en el hospital.
- Los pacientes que son trasladados a otro centro de derivación deberán portar su brazalete.
- En el caso de los pacientes fallecidos, el brazalete no debe ser retirado en ningún momento.
- En el caso que un paciente ingrese con un brazalete de otra institución, el cambio se hará instalando primero el nuevo brazalete y luego retirando el anterior.

6.2.1 Instalación de brazalete en el recién nacido en Pabellón Obstétrico

- Confección de brazalete manual con los datos señalados en el punto 6.1.2 utilizando carnet de identidad de la madre y/o ficha clínica, de no contar con ninguno de esos documentos se establece el DAU como fuente de información.
- Leer en voz alta a la madre/padre o acompañante a fin de corroborar los datos y si están correctos instalar el brazalete.



6.2.2 Instalación brazalete del Recién nacido (RN) en la Unidad de Neonatología

- El RN proveniente de la sala de parto ingresará con brazalete manual con datos señalados en el punto 6.1.2, lo que será corroborado con los datos con la ficha de ingreso del RN.
- Los RN ingresados inscritos deben ser identificados según lo señalado en el punto 6.1.1.
- Si durante la hospitalización un RN es inscrito, se procederá al cambio de brazalete, instalando primero el nuevo y luego retirando el anterior.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES	Página 10 de 12	Versión 0.6	
		Subdirección Gestión del Cuidado Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia Octubre 2026		

7. INDICADOR

Descripción	<i>Evaluar el cumplimiento del Protocolo destinado al proceso de identificación de pacientes</i>
Indicador	% de pacientes identificados correctamente
Formula	<i>N° de pacientes identificados correctamente / N° total de pacientes hospitalizados evaluados *100</i>
Dominio	<i>Proceso</i>
Umbral	<i>98%</i>
Metodología	<p><i>Se realizará medición mediante observación directa cotejando:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Presencia del brazalete en paciente</i> • <i>Existencia de Datos mínimos según lo señalado en el punto 6.1</i> • <i>Datos mínimos correspondan al paciente.</i> <p><i>Se deberán cumplir estos 3 atributos para concluir que el paciente está identificado correctamente.</i></p>
Muestreo	<p><i>Tamaño muestral se obtiene por el número días camas ocupadas (DCO) o IQ en el trimestre anterior, con un cumplimiento de un 90% y un margen de error de 10%.</i></p> <p><i>El número obtenido se divide por tres, resultando así un número de pacientes a evaluar por mes, posteriormente se procede a aleatorizar el día y luego los pacientes según tamaño muestral.</i></p> <p><i>En caso de no poder efectuar la medición en el día aleatorizado o el tamaño muestral no se pueda alcanzar, se deberá realizar y/o completar según metodología establecida por cada punto de verificación.</i></p>
Fuente de Información Primaria	<i>Brazalete Ficha Clínica</i>
Fuente de Información Secundaria	<i>Pauta de cotejo protocolo</i>
Periodicidad	<i>Trimestral</i>
Lugares de aplicación	<i>Se medirá en los siguientes servicios: Pabellón (la aleatorización incluye a pacientes de Pabellón central-UCA-Pabellón obstétrico) UPCA, UPCP, Medicina, Pediatría, Unidad de recién nacidos, Pensionado, Neurología, UGA, UMI.</i>
Responsable	<i>Enfermeras Jefes de Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo</i>

	<p>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</p> <p>PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES</p>	Página 11 de 12	Versión 0.6	
		<p>Subdirección Gestión del Cuidado Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		
		<p>Fecha de Vigencia Octubre 2026</p>		

8. ANEXOS

ANEXO N°1

PAUTA DE COTEJO CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO “IDENTIFICACION DE PACIENTES”

Servicio: _____



Fecha: ___/___/___

Evaluador: _____

Rut paciente	Tipo de paciente M = Medico Q= quirúrgico	Porta Brazaletes de identificación		Datos mínimos		Datos mínimos corresponden al paciente		Cumple	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									

Nº Pacientes identificados con datos correctos:

Nº Total de pacientes evaluados:

	<p>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</p> <p>PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES</p>	Página 12 de 12	Versión 0.6	
		<p>Subdirección Gestión del Cuidado Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		
		<p>Fecha de Vigencia Octubre 2026</p>		

ANEXO N°2

HOJA DE ACTUALIZACION DE DOCUMENTACIÓN

Elaborado por o modificado por	Revisado por	Autorizado por	Páginas Sustituidas	Fecha de modificación		
				Día	Mes	Año