|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del paciente** |  | |
| **Fecha de la atención señalada en la demanda** |  | |
| **Fecha análisis** |  | |
| **Médico que realiza el análisis** |  | |
| **Área involucrada** |  | |
| **Nombre jefe de área** |  | |
| **Datos clínicos relevantes del paciente** (por favor indicar  si dentro de la información (HC) se encuentra información relevante  frente antecedentes que deban ser tenidos en cuenta) | | |
|  | | |
| **Cumplimiento de los atributos de calidad en la atención** | | |
| **Criterio** | **Cumple(si/no)** | **Argumentos/explicación** |
| **Oportunidad** |  |  |
| **Pertinencia** |  |  |
| **Accesibilidad** |  |  |
| **Continuidad** |  |  |
| **Seguridad** |  |  |
| **Observaciones/comentarios** (en caso de tener  comentarios adicionales, por favor indicarlos) | | |
|  | | |