

Rúbrica Analítica para Evaluación de Historia Clínica en Enfermería

Rúbrica Analítica | Ciencias de la Salud | Enfermería | 3 niveles

Descripción

Esta rúbrica está diseñada para evaluar la elaboración de la historia clínica por estudiantes de educación técnica y tecnológica en Enfermería. Permite identificar fortalezas y áreas de mejora en aspectos clave de la historia clínica, garantizando un registro completo y pertinente para la atención del paciente.

Rúbrica

Rúbrica Analítica para Evaluación de Historia Clínica en Enfermería

Esta rúbrica está diseñada para evaluar la elaboración de la historia clínica por estudiantes de educación técnica y tecnológica en Enfermería. Permite identificar fortalezas y áreas de mejora en aspectos clave de la historia clínica, garantizando un registro completo y pertinente para la atención del paciente.

Criterios de Evaluación	Excelente	Bueno	Bajo
1. Identificación del paciente	Incluye todos los datos básicos completos y correctos (nombre, edad, sexo, identificación, contacto).	Incluye la mayoría de los datos básicos, con mínimas omisiones o errores menores.	Datos incompletos o incorrectos que dificultan la identificación clara del paciente.
2. Antecedentes personales y familiares	Describe detalladamente antecedentes relevantes personales y familiares, relacionados con la salud actual.	Menciona antecedentes relevantes, aunque con detalles limitados o parciales.	Presenta información insuficiente o irrelevante sobre antecedentes personales o familiares.
3. Motivo de consulta	Expone claramente el motivo principal de consulta, con detalles precisos y lenguaje adecuado.	Describe el motivo de consulta, pero con falta de claridad o detalle en algunos puntos.	No especifica o confunde el motivo de consulta, dificultando la comprensión del problema.

Criterios de Evaluación	Excelente	Bueno	Bajo
4. Signos y síntomas	Registra de forma completa y organizada los signos y síntomas reportados y observados.	Incluye los signos y síntomas principales, pero con omisiones o desorganización moderada.	Información sobre signos y síntomas incompleta o desordenada, afectando su utilidad clínica.
5. Exploración física	Realiza una exploración física sistemática y detallada, con hallazgos claros y bien documentados.	Exploración física adecuada pero con algunos aspectos poco detallados o incompletos.	Exploración física superficial o ausente, sin datos relevantes o mal registrados.
6. Diagnóstico de enfermería	Formula un diagnóstico de enfermería preciso, coherente con la información recolectada y normativas vigentes.	Presenta un diagnóstico de enfermería adecuado pero con poca precisión o fundamentación.	Diagnóstico ausente, impreciso o incoherente con los datos de la historia clínica.
7. Plan de cuidados	Desarrolla un plan de cuidados completo, específico, con objetivos claros y acciones pertinentes.	El plan de cuidados incluye objetivos y acciones pero con falta de especificidad o detalle.	Plan de cuidados incompleto, poco claro o no relacionado con el diagnóstico planteado.
8. Presentación y claridad del documento	Historia clínica bien estructurada, clara, sin errores ortográficos ni gramaticales y con formato adecuado.	Documento en general claro, con algunos errores menores y formato poco uniforme.	Documento desorganizado, confuso o con numerosos errores ortográficos y gramaticales.