

Ficha del caso y control de entrega segura

Solo después de aceptación y acuerdos. Usar código del caso. Sin nombres, iniciales, número de historia, documento, dirección ni fechas exactas innecesarias. Preferir día 0, día 1 y seguimiento relativo. Si un dato identificable es esencial, resolverlo con el supervisor antes de transferirlo.

Código y título provisional

Enseñanza principal, singularidad y literatura comparable

Síntomas, antecedentes relevantes y hallazgos

Evaluación diagnóstica, diferenciales, pruebas, incertidumbres y limitaciones

Tratamientos, dosis/duración relevantes, cambios y justificación

Ficha del caso y control de entrega segura

Cronología y resultados

Desde primera hasta última atención: día relativo, hallazgo, decisión, intervención, resultado y fuente verificable

Seguimiento, evolución, adherencia, eventos adversos, pérdidas y limitaciones

Perspectiva del paciente, voluntaria, revisada y autorizada

Inventario de imágenes/laboratorios: código, leyenda, fuente, permiso y revisión de metadatos

Ficha del caso y control de entrega segura

Lista de comprobación de liberación

Aceptación escrita antes del 15/10/2026, código y fecha

Consentimiento válido y revisión final planificada, verificador y custodio

Autorización institucional y determinación ética documentadas

Desidentificación de texto, imágenes, etiquetas y metadatos verificada

Formularios de cada autor y acuerdo de colaboración completos

Repositorio, permisos individuales y supervisor confirmados

Médico tratante: nombre, firma y fecha. Supervisor receptor: nombre y fecha

La ficha sigue la estructura clínica de CARE: descripción, cronología, decisiones, evolución y lección. No reconstruir datos inexistentes. Marcar información desconocida y separar observación de interpretación. Referencia: care-statement.org/checklist.