

1. Señala el art. 46 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, que "Todos los documentos utilizados en las actuaciones administrativas se almacenarán _____, salvo cuando no sea posible".

En archivos

En archivos externos

Por medios electrónicos

En papel

2. Las tres áreas en que se divide la comunicación no verbal son:

Kinésica, paralenguaje, proxémica

Sintaxis, semántica, pragmática

Visual, auditivo, táctil

Referencial, apelativa, expresiva

3. La disciplina que estudia estudio del uso y percepción del espacio social y personal en la comunicación es:

Semiótica

Kinésica

Proxémica

Paralenguaje

4. El timbre, tono, volumen y tempo:

Forman parte de la kinésica, como los gestos, posturas y expresiones faciales

Forman parte de la proxémica, que estudia la organización del espacio en la comunicación

Tienen mucha importancia en la comunicación escrita

Son cualidades primarias de la voz humana

5. ¿Cuál de estos factores está asociado con la comunicación no verbal?

Proximidad

Mirada

Postura

Todas son correctas

6. En relación con la comunicación no verbal indicar la situación en que está ausente:

Dos amigos conversan juntos

Un profesor expone en clase una lección ante los alumnos

Una persona lee una novela

Ver y escuchar al presentador de un telediario

7. ¿Cuál de estas conductas favorece la satisfacción de los usuarios?

Críticas

Amenazas

Generalizaciones

Escucha activa

8. Cual de los siguientes elementos no forma parte del proceso comunicativo:

El emisor

La predisposición

La retroalimentación

El canal

9. La regla de Mehrabian de 7-38-55 en el proceso comunicativo señala la importancia de:

La comunicación no verbal

Los medios de comunicación de masas

El lenguaje humano

La escritura

10. La resolución viene contenida en:

Un documento de un particular

Un documento administrativo

Un documento sanitario

Una solicitud

11. Indicar cuál de estas funciones no corresponde al Servicio de Atención al Usuario:

Facilitar el ejercicio de los derechos de los pacientes y sus familiares y difundir la Carta de Derechos y Deberes del Usuario

Tramitar peticiones de informes, pruebas médicas e historias clínicas

Atender y tramitar las quejas, reclamaciones y sugerencias presentadas por un usuario

Asignación de cama al paciente una vez autorizado su ingreso

12. "Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla" es la definición legal de:

Certificado médico

Consentimiento informado

Historia clínica

Información clínica

13. En relación con los motivos de por qué son útiles las reclamaciones indicar el incorrecto:

Nos informa de las necesidades de los usuarios

Son una forma de participación de los ciudadanos

Deshumanizan la asistencia sanitaria

Su análisis es imprescindible es un sistema de mejora continua

14. ¿Cuál es el fin principal de la historia clínica

Promover la investigación

Facilitar la asistencia sanitaria

Facilitar la planificación de los recursos sanitarios

Facilitar estadísticas sobre morbilidad de la población

15. ¿Cuál es el documento en que se solicita por un facultativo la valoración y/o diagnóstico de un paciente a otro servicio o facultativo?

Informen de exploraciones complementarias

Hoja de interconsulta

Orden médica

Hoja Clínico Estadística

16. ¿Cómo se llama "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud"?

Certificado médico

Consentimiento informado

Intervención en el ámbito de la sanidad

Información clínica

17. Atributos esenciales de la historia clínica:

Única, acumulativa, integrada

Múltiple, resumida, accesible

Oportuna, racional, dispersa

Legible, plural, electrónica

18. La principal función de la historia clínica es:

Planificación

Asistencial

Docencia

Jurídico-legal

19. ¿Cuál de estas no es una función de la historia clínica?

Asistencial

Jurídico-legal

Divulgación de la información del paciente

Investigación clínica

20. ¿Cuál es el documento más importante de la historia clínica?

El informe de alta

Orden médica

La evolución y planificación de cuidados de enfermería

Informes de exploraciones complementarias.

21. ¿Qué tipo de historia clínica permite en los centros de salud desarrollar una labor preventiva y de detección temprana de enfermedades?

La historia clínica tradicional

La historia clínica orientada al problema

La historia clínica digital

La historia clínica cronológica

22. Para la Organización Mundial de la Salud, "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" es la definición de:

Bienestar

Ciclo de vida

Salud

Ausencia de enfermedad

23. Cuáles son las funciones más importantes de la historia clínica:

Asistencia, investigación y docencia

Control de calidad, control de gastos, gestión clínica

Control de datos, administración y gestión

Planificación, jurídico-legal y difusión de la información

24. En la regulación de la historia clínica se establece que el acceso a la misma para fines no asistenciales se hará preservando los datos identificativos, de manera que quede asegurado el anonimato. Cómo se llama la técnica que consiste en tratar los datos personales sin los datos identificativos del interesado, pero sin suprimir la vinculación entre los datos.

Exacción

Polución

Seudonimización

Casación

25. ¿Qué medidas se establecen para preservar la confidencialidad de la información sanitaria y de la historia clínica?

Deber de compartir información sanitaria, la publicidad y el libre acceso

No se toman medidas, dado que se supone la buena fe

No permitir acceder a la información sanitaria al paciente a quien se refiere dicha información

Limitación de accesos, deber de secreto y la seudonimización

26. La historia clínica se haya regulada mediante:

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Las leyes y decretos que las Comunidades Autónomas aprueben en el ejercicio de sus competencias normativas

El Código de Deontología Médica de 2011, aprobado por la Organización Médica Colegial de España

Todas las opciones son correctas

27. ¿Cuál es el documento en que un médico solicita la valoración y/o diagnóstico a otro Servicio o facultativo de un paciente determinado?

Hoja clínico estadística

Hoja de interconsulta

Informe de exploraciones complementarias

Consentimiento informado

28. Indicar las etapas en la confección de una historia clínica orientada al problema

Anamnesis, pruebas complementarias, diagnóstico, tratamiento

Motivos de la visita, diagnóstico o impresión, tratamiento o recomendaciones, medicamentos recetados

Entrevista, pruebas complementarias, diagnósticos, evolución

Información básica del paciente, lista de problemas, plan de acción, notas de evolución

29. Indicar qué documento clínico resume todo el proceso asistencial:

La aplicación terapéutica de enfermería

Informe de Alta

El informe de anatomía patológica

La Orden médica

30. ¿Cómo se estructura la historia clínica?

Por episodios asistenciales

Por actos médicos

Por documentos

La HC no tiene una estructura comúnmente aceptada

31. ¿Cuándo el paciente fallece que se hace con su historia clínica?

Se traslada del archivo activo al pasivo

Se destruye

Se lleva al archivo histórico de la Comunidad Autónoma

No se hace nada

32. Auditar el contenido de las HC y comprobar el grado en que son precisas y completas es un indicador:

Del funcionamiento del Archivo

Del funcionamiento del servicio de Admisión

De la calidad de la atención asistencial prestada por el centro

Todas las opciones son incorrectas.

33. ¿Qué sistema de clasificación es el que más se utiliza en los hospitales?

Dígito terminal

Fecha de nacimiento

Número convencional

Sistema alfabético

34. Indicar cuál es la unidad que facilita información, en especial sobre los derechos y deberes de los usuarios y el conjunto de prestaciones que ofrece el centro, y además canaliza las quejas y sugerencias, actuando de mediador en ocasiones

Admisión

Archivo

Servicio de atención al paciente

Unidad de codificación

35. El análisis de las sugerencias y reclamaciones permite:

Conocer la opinión de sus usuarios: sus necesidades y sus demandas

Detectar fallos y corregirlos

Introduce un elemento de humanización en la asistencia sanitaria

Todas las opciones son correctas

36. "Conjunto de datos administrativos y clínicos de manera estandarizada por cada contacto asistencial que permita conocer la morbilidad atendida en los hospitales públicos y privados" es la definición de:

Certificado de defunción

Auditoría clínica

Conjunto Mínimo Básico de Datos

Informe estadístico

37. Indicar qué modalidad asistencial no se recoge en el conjunto mínimo básico de datos

Ingreso hospitalario

Urgencias.

Consultas externas (visita a especialista)

Cirugía ambulatoria

38. ¿Qué se codifica con el CIE-10-ES?

Diagnósticos y procedimientos

Modalidades asistenciales

Sexo y edad

Centro sanitario y servicio asistencial

39. "El grado en que los servicios de salud incrementan en las personas y en los grupos de población la probabilidad de alcanzar los resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios" es como la OMS define:

La Lex Artis

La calidad de la atención

La auditoría clínica

40. Para la OMS una asistencia de calidad es aquella que es:

Eficaz, segura, centrada en la comunidad, oportuna, parcial, integrada y eficiente

Eficaz, arriesgada, centrada en la persona, oportuna, equitativa, disgregada y eficiente

Eficaz, segura, centrada en la comunidad, generalista, equitativa, disgregada y eficiente

Eficaz, segura, centrada en la persona, oportuna, equitativa, integrada y eficiente

Finalizar Examen

RESPUESTAS

1	En archivos
2	Kinésica, paralenguaje, proxémica
3	Proxémica
4	Forman parte de la kinésica, como los gestos, posturas y expresiones faciales
5	Todas son correctas
6	Una persona lee una novela
7	Escucha activa
8	La predisposición
9	La comunicación no verbal
10	Un documento sanitario
11	Asignación de cama al paciente una vez autorizado su ingreso
12	Historia clínica
13	Deshumanizan la asistencia sanitaria
14	Facilitar la asistencia sanitaria
15	Hoja de interconsulta
16	Consentimiento informado
17	Única, acumulativa, integrada
18	Asistencial
19	Divulgación de la información del paciente
20	El informe de alta
21	La historia clínica orientada al problema
22	Salud
23	Asistencia, investigación y docencia
24	Seudonimización
25	Limitación de accesos, deber de secreto y la seudonimización
26	Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
27	Hoja de interconsulta
28	Motivos de la visita, diagnóstico o impresión, tratamiento o recomendaciones, medicamentos recetados
29	Informe de Alta
30	Por episodios asistenciales
31	Se traslada del archivo activo al pasivo
32	De la calidad de la atención asistencial prestada por el centro
33	Dígito terminal
34	Servicio de atención al paciente
35	Todas las opciones son correctas
36	Conjunto Mínimo Básico de Datos
37	Cirugía ambulatoria

38	Diagnósticos y procedimientos
39	La calidad de la atención
40	Eficaz, segura, centrada en la persona, oportuna, equitativa, integrada y eficiente