

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000109

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037
N° E/M : 00116

Señores :		R.U.C. :	
Dirección :			
Teléfono :	Fax :		
Email :	Fecha :	Moneda :	S/.
Concepto :	REQUERIMIENTO DE FORMATOS PARA EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO DEL HRGDV		

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
3000	UNIDAD	475100018176	FORMATO HOJA DE CONSUMO BLOCK X 100 HOJAS SE REQUIERE: FORMATO HOJAS DE CONSUMO – TAMAÑO A4		
8	UNIDAD	475100015994	LIBRO DE REGISTRO DE ATENCION DIARIA DE PACIENTES X 200 HOJAS SE REQUIERE:LIBRO DE REGISTRO DIARIO DE CIRUGIA DE 100 HOJAS, EMPASTADO CON TAPA DURA COLOR AZUL, TAMAÑO A4 (AMBAS CARAS)		
30	CIENTO	475100015815	FORMATO EVALUACION PRE ANESTESICA SE REQUIERE: FORMATO HOJAS DE EVALUACION DE PRE ANESTESICA - TAMAÑO A4		
3	MILLAR	475100018335	FORMATO RECORD DE ANESTESIA SE REQUIERE: FORMATO LIBRO DE RECORD DE ANESTESIA DE 100 HOJAS AUTOCOPIATIVO, EMPASTADO CON TAPA DURA, COLOR CELESTE TAMAÑO A4 Y HOJAS GUESAS		
3	MILLAR	475100050560	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA SE REQUIERE: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA – TAMAÑO A4		
3	MILLAR	475100053280	FORMATO LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA SE REQUIERE: FORMATO HOJAS DE CHECK LIST CIRUGIA SEGURA + AUTOCOPIATIVO A COLOR – TAMAÑO A4		
3	MILLAR	475100015348	FORMATO RECORD OPERATORIO SE REQUIERE: FORMATO LIBRO DE RECORD OPERATORIO – 100 HOJAS AUTOCOPIATIVO, EMPASTADO CON TAPA DURA, COLOR CELESTE, TAMAÑO A4 Y HOJAS GRUESAS PLAZO DE ENTREGA: 05 DIAS CALENDARIOS A PARTIR DEL DIA SIGUIENTE DE LA NOTIFICACION DE LA ORDEN DE COMPRA LUGAR DE ENTREGA: EN EL ALMACEN CENTRAL DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA, SITIO AV. DANIEL ALCIDES CARRION S/N		
TOTAL					

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY

Condiciones de Compra

- Forma de Pago:
 - Garantía:
 - La Cotización debe incluir el I.G.V.
 - Plazo de Entrega en N° Dias/ Ejecución del Servicio :
 - Tipo de Moneda :
 - Validez de la cotización :
 - Indicar Marca de Procedencia
 - Tipo de Cambio :
- Atentamente;

- Requerimientos Técnicos:
Producto Original o Compatible
Descripción del ítem
Características Adicionales
Accesorios/Requesos Adicionales Requeridos



**FORMATO N° 01
ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES**

Órgano y/o Unidad Orgánica:	Unidad de Anestesiología y Centro Quirúrgico
Actividad del POI:	
Denominación de la Contratación:	Adquisición de formatos para la Unidad de Anestesiología y Centro Quirúrgico del HRGDV.

I. FINALIDAD PÚBLICA (Obligatorio)

El presente proceso busca la adquisición de formatos necesarios para garantizar el adecuado registro, control y continuidad de la atención médica en la Unidad de Anestesiología y el Centro Quirúrgico del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO (Obligatorio)

Adquisición de formatos para la Unidad de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay

III. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LOS BIENES A CONTRATAR (Obligatorio)

3.1 Descripción de los bienes a contratar

Ítem	Cantidad	Unidad de medida	Descripción del bien
01	03	MILLAR	FORMATO HOJAS DE CHECK LIST CIRUGIA SEGURA – + AUTOCOPIADO A COLOR- TAMAÑO A4
02	03	MILLAR	FORMATO HOJAS DE EVALUACION DE PRE ANESTESICA – TAMAÑO A4
03	03	MILLAR	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA – TAMAÑO A4
04	03	MILLAR	FORMATO HOJAS DE CONSUMO – TAMAÑO A4
05	03	MILLAR	FORMATO LIBRO DE RECORD OPERATORIO – 100 HOJAS AUTOCOPIADO, EMPASTADO CON TAPA DURA, COLOR CELESTE, TAMAÑO A4 Y HOJAS GRUESAS = 30 LIBROS
06	03	MILLAR	FORMATO LIBRO DE RECORD ANESTESIA – 100 HOJAS AUTOCOPIADO, EMPASTADO CON TAPA DURA, COLOR CELESTE TAMAÑO A4 Y HOJAS GRUESAS = 30 LIBROS
07	08	UNIDAD	LIBRO DE REGISTRO DIARIO DE LA CIRUGIA, 100 HOJAS EMPASTADO CON TAPA DURA -COLOR AZUL, TAMAÑO A4, AMBAS CARAS =08 LIBROS

NOTA: Se adjuntan los formatos requeridos.

IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS (De corresponder)

En conformidad de siguiente normativa del Régimen Especial de Gestión y Manejo de Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos de acuerdo al Decreto Supremo N° 009-2019-MINAM

V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN (De corresponder)

NO APLICA

VI. GARANTÍA COMERCIAL (Obligatorio)

El postor brindara la garantía por un lapso de 12 meses. Inicio del cómputo del período de garantía A partir del día siguiente de la entrega de los bienes

VII. MUESTRAS (De corresponder)

NO APLICA

VIII. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL (De corresponder)



Margarita Huamán Robles

 JEFA SOP

 CEP. 18208

- Persona natural o jurídica
- Estar habilitado para contratar con el estado
- Contar con Registro Nacional de Proveedores vigente en el apartado de bienes.
- RUC Activo y Habido

IX. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA (Obligatorio)

Lugar: Se realizará la entrega en el **ALMACEN CENTRAL** del Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega – Abancay.

Plazo: Por un plazo de **05 DÍAS CALENDARIOS** a partir del día siguiente de la notificación de la orden de compra o de la suscripción del contrato, según sea el caso

X. CONFORMIDAD (Obligatorio)

La recepción y conformidad de la prestación se regula por lo dispuesto en el artículo 144 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas. La recepción será otorgada por el encargado del Área de almacén Central del HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA y la conformidad será otorgada por el JEFE DE ALMACEN CENTRAL Y LA UNIDAD DE ABASTECIMIENTO, en el plazo máximo de siete (07) días computados desde el día siguiente de producida la recepción.

XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO (Obligatorio)

El pago se realiza de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Ley. El HRGDV paga las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de otorgada la conformidad por parte del área usuaria y es prorrogable, previa justificación de la demora, por cinco días hábiles. LA ENTIDAD realiza el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en soles (S/.) con abono en cuenta bancaria (CCI), luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 144 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF. Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, LA ENTIDAD debe contar con la siguiente documentación:

- Conformidad de la recepción de los bienes
- Guía de remisión
- Factura

La Entidad debe pagar las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato.

XII. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del bien ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

XIII. PENALIDADES (Obligatorio)

Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en días}}$$

Donde F tendrá el siguiente valor: 0.40

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.

Se considera justificado el retraso, cuando el contratista acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.

Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

XIV. OTRAS PENALIDADES (De corresponder)



[Handwritten Signature]
 Ely Margarita Huamán Romles
 JEFA SOP
 CEP. 18602

NO APLICA

XV. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (Obligatorio)

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato de conformidad con el numeral 68.1 del artículo 68 de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

De encontrarse en alguno de los supuestos de resolución del contrato, LAS PARTES proceden de acuerdo a lo establecido en el artículo 122 del Reglamento de la Ley N° 32069 , Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

XVI. OBLIGACION ANTICORRUPCION Y ANTISOBORNO (Obligatorio)

A la suscripción del contrato o de la formalización de la Orden, el Contratista declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de manera directa o indirecta, al (los) evaluador (es) del proceso de contratación o cualquier servidor de EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.

Asimismo, el Contratista se obliga a mantener una conducta proba e íntegra durante la vigencia del contrato, y después de culminado el mismo en caso existan controversias pendientes de resolver, lo que supone actuar con probidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente. Aunado a ello, el Contratista se obliga a abstenerse de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contratación y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito.

En esa línea, se obliga a adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados.

Adicionalmente, el Contratista se compromete a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato con EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.

Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa; comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.

Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acápite, durante la ejecución contractual, otorga a EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA el derecho de resolver total o parcialmente el contrato.

XVII. SOLUCION DE CONTROVERSIAS (Obligatorio)

Todos los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación, son resueltos mediante trato directo y conciliación.

XVIII. GESTIÓN DE RIESGOS (De corresponder)

(Identificar los riesgos que pueden presentarse durante el proceso de contratación, con especial énfasis en la ejecución contractual; así como identificar responsabilidades de las partes.)

Las partes realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente documento, a fin de tomar decisiones informadas, aprovechando el impacto de riesgos positivos y disminuyendo la probabilidad de los riesgos negativos y su impacto durante la ejecución contractual, considerando la finalidad pública de la contratación.



Margareta Huachen Kohles

JEFA SOP
CEP 19276

Firma

Área usuaria o técnica estratégica

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

HOSPITAL: _____

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA (ENTRADA)	ANTES DE LA INCISIÓN (PAUSA QUIRÚRGICA)	ANTES QUE EL PACIENTE SALGA DE QUIRÓFANO (SALIDA)
<p>Se ha confirmado con el paciente:</p> <p>Nombre _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Consentimiento informado</p> <p>Conoce a su Cirujano</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Se ha verificado el sitio quirúrgico:</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Anestesiólogo</p> <p>Chequeo de seguridad Anestésica</p> <p><input type="checkbox"/> Máquina de anestesia operativa</p> <p><input type="checkbox"/> Equipo para la vía aérea</p> <p><input type="checkbox"/> Oxígeno</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirador</p> <p><input type="checkbox"/> Drogas de emergencia</p> <p><input type="checkbox"/> Pulsoxiómetro colocado en paciente y funciona</p> <p>¿ Tiene el paciente alguna alergia conocida? </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿ Tiene el paciente alguna dificultad en la vía aérea y/o riesgo de aspiración? </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿ Riesgo de pérdida de sangre más de 500 ml? (en niños 7 ml/kg) </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿ Adecuado acceso intravenoso? </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿ Se dispone de reposición sanguínea? </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/></p>	<p>Todos los miembros del equipo han cumplido: Correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función</p> <p>Cirujano confirma verbalmente:</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre del paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo operatorio</p> <p><input type="checkbox"/> Estima pérdida sanguínea</p> <p>¿ Alguna consideración especial? </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿ Recibió antibiótico profiláctico en los últimos 60 min? hora: _____</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/></p> <p>¿ Tiene imágenes radiográficas para exhibir? </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Anticipación a eventos críticos</p> <p>Anestesiólogo confirma verbalmente:</p> <p>¿ Tuvo alguna situación inesperada durante el acto anestésico? </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermera(o) Instrumentalista:</p> <p>Resultados óptimos de indicadores de la esterilización</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Conformidad de instrumental, gases, compresas y agujas</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Material, instrumental y/o equipos adicionales conforme</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Enfermera(o) confirma verbalmente con el equipo:</p> <p>Nombre del procedimiento quirúrgico</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Recuento óptimo del instrumental, gases, compresas y agujas</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Muestra para estudio rotulado</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas con la máquina de anestesia y/o monitores</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Eventos Intraoperatorios importantes</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas con algún equipo y/o instrumento</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Recomendaciones post operatorio inmediato</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Observaciones / Recomendaciones</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Nº de Historia Clínica: _____ Nombres y Apellidos del/de la paciente: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

CIRUJANO (Sello y Firma) _____

ANESTESIÓLOGO (Sello y Firma) _____

ENFERMERA (O) INSTRUMENTALISTA (Sello y Firma) _____

PERSONAL CIRCULANTE (Firma) _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA (ENTRADA)	ANTES DE LA INCISIÓN (PAUSA QUIRÚRGICA)	ANTES QUE EL PACIENTE SALGA DE QUIRÓFANO (SALIDA)
<p>Se ha confirmado con el paciente:</p> <p>Nombre _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Consentimiento informado</p> <p>Conoce a su Cirujano</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Se ha verificado el sitio quirúrgico:</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Anestesiólogo</p> <p>Chequeo de seguridad Anestésica</p> <p><input type="checkbox"/> Máquina de anestesia operativa</p> <p><input type="checkbox"/> Equipo para la vía aérea</p> <p><input type="checkbox"/> Oxígeno</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirador</p> <p><input type="checkbox"/> Drogas de emergencia</p> <p><input type="checkbox"/> Pulsioxímetro colocado en paciente y funciona</p> <p>¿ Tiene el paciente alguna alergia conocida? </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿ Tiene el paciente alguna dificultad en la vía aérea y/o riesgo de aspiración? </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿ Riesgo de pérdida de sangre más de 500 ml? (en niños 7 ml/kg) </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿ Adecuado acceso intravenoso? </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿ Se dispone de reposición sanguínea? </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/></p>	<p>Todos los miembros del equipo han cumplido: Correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función</p> <p>Cirujano confirma verbalmente:</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre del paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo operatorio</p> <p><input type="checkbox"/> Estima pérdida sanguínea</p> <p>¿ Alguna consideración especial? </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿ Recibió antibiótico profiláctico en los últimos 60 min? hora: _____</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/></p> <p>¿ Tiene imágenes radiográficas para exhibir? </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Anticipación a eventos críticos</p> <p>Anestesiólogo confirma verbalmente:</p> <p>¿ Tuvo alguna situación inesperada durante el acto anestésico? </p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermera(o) Instrumentista.</p> <p>Resultados óptimos de indicadores de la esterilización</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Conformidad de instrumental, gasas, compresas y agujas</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Material, instrumental y/o equipos adicionales conforme</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Enfermera(o) confirma verbalmente con el equipo: Nombre del procedimiento quirúrgico</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Recuento óptimo del instrumental, gasas, compresas y agujas</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Muestra para estudio rotulado</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas con la máquina de anestesia y/o monitores</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Eventos intraoperatorios importantes</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas con algún equipo y/o instrumento</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Recomendaciones post operatorio inmediato</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Observaciones / Recomendaciones</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Nº de Historia Clínica: _____ Nombres y Apellidos del/de la paciente: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

CIRUJANO (Sello y Firma)

ANESTESIÓLOGO (Sello y Firma)

ENFERMERA (O) INSTRUMENTISTA
(Sello y Firma)

PERSONAL CIRCULANTE
(Firma)

FICHA DE EVALUACIÓN PREANESTESICA

SERVICIO: CAMA: HCL:
 NOMBRE: SEXO: M F
 FECHA: EDAD: MESES:
 DIAGNOSTICO: ASA: 1 2 3 4 5
 PROCEDIMIENTO QX: ELECTIVA EMERGENCIA

CONDICIONES GENERALES			
PESO:	PULSO:	FREC. RESP.:	PRES. ART.:
TALLA:	HRS. AYUNO:	TEMPERATURA:	

ANTECEDENTES

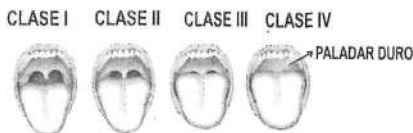
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	FUMADOR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	TIROIDES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	QUIRURGICOS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ALCOHOL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CORONARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBL. ANES.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AVE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXPECTORACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARRITMIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRANT. PSQUIST.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. OBSTRUCTIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VALVULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. RESTRICTIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALERGIAS	INDICACIONES		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DISNEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VENOSOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INFEC. RESP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESCRASIA SANG.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEFROPATIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ICTERICIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UROPATIA OBST.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INFECC. URINARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ULCERA G. D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRANS. N. MUS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

EXAMENES		HTC	%	GLIC-	mg%	Ph	EKG	NORMAL	PATOL-
BLANCOS		NITR. UREL.	mg%	pO2					
PLAQ.		CREATININA	mg%	pCO2	Otros				
PROT		NA	meq/l	HCO3					
GRUPO		K	meq/l	BE					
RH		Cl	meq/l						

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	INFARTO men. 6 mes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	DROGADICCIÓN	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	MARCAPASO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	SHOCK
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEC. RECIENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TTO. ANTICOAG.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. RESPIRAT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COMA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEUMOPATIA 3 mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRETESIS DENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. CARDIACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INGESTA ALCOHOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIARREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. RENAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RIESGOS VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VÓMITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. HEPATICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RIESGOS HEP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VIA AEREA

Score de Mallampati - Samssoon



- MALLAMPATI
- D. MENTO TIROIDEA
 - D. MENTO ESTERNAL
 - ANGULO EXTENSION CER.
 - APERTURA ORAL

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN FÍSICO

NECROLÓGICO:

COLUMNA:

EXTREMIDADES:

PULMONES:

OJOS:

AUDICION:

INDICACIONES

.....
FIRMA SELLO ANESTESIOLOGO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS

Ley General de Salud N°26842

Yo....., identificado con documento tipo DNI N° ,por la presente autorizo a los anestesiólogos del Hospital Guillermo Díaz de la Vega, a realizar en mi o en la (el) paciente el procedimiento anestésico..... para la intervención quirúrgica.....

El Dr. /Dra..... me ha explicado la naturaleza y propósito del acto anestésico; también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que puedan producirse, así como las posibles alternativas de los diferentes métodos anestésicos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y han sido contestadas satisfactoriamente; así como la posibilidad de modificación de la técnica anestésico prevista si surgiera una situación inesperada y además he leído este escrito

Entiendo que en el curso de los procedimientos anestésicos puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales, Por lo tanto, autorizo la realización de dichos procedimientos si el Anestesiólogo arriba mencionado o sus asistentes lo juzguen necesario, para preservar mi vida y mi integridad personal, liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas que sean necesarias para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.

Reconozco que me ha informado que el acto anestésico, practicado con los debidos cuidados, puede producir efectos colaterales:

Anestesia General	Propósito principal es permitir que sea operado sin sufrir dolor, proporcionando un estado reversible de pérdida de la conciencia y relajación muscular	Posibles riesgos: trauma dental. Laringo espasmo, bronco espasmo y bronco aspiración. Reacción alérgica. Hipertensión o hipotensión. Hipoventilación. Alteración necrológicas. Lesión de cuerdas vocales. Falla renal por evento intraoperatorios, Isquemia o infarto de miocardio en pacientes con predisposición. Hipertermia maligna. Flebitis. Parada cardiaca imprevista que lleva a la muerte, como o daño cerebral irreversible.
Anestesia Raquídea y/o Epidural	Propósito principal es producir insensibilidad de la zona a operar, Encontrándome consiente y sin dolor	posible riesgo: dolor de cabeza, dolor lumbar. Infección o hematoma en el sitio de aplicación. apnea. Meningitis. Reacción alérgicas. Vejiga neurogénica. Síntomas neurológicos transitorios o definitivos (paraplegia, déficit sensitivo). Disminución de la presión arterial. Punción inadvertida. Posibilidad de usar anestesia general sin falla anestesia regional. Parada cardiaca imprevista que lleva a la muerte, coma o daño cerebral irreversible.
Bloqueo regional o troncular	Propósito principal se usa para cirugía, o controlar el dolor de una extremidad (post quirúrgico)	Propósito Riesgo: infección y/o hematoma en el sitio de aplicación. Reacción anafiláctica. Toxicidad por anestésicos locales. Neumotórax. Posibilidad de usar anestesia general si falla, parada cardiaca imprevista que lleva a la muerte, como o daño cerebral irreversible.
Sedación	Propósito principal es proporcionar un equilibrio entre la comodidad y seguridad al tiempo en que sus funciones vitales permanezcan intactas	Posible riesgo: reacciones alérgicas / anafilácticas. Sedación excesiva. Hipotensión. Depresión respiratoria. parada cardiaca imprevista que lleva a la muerte, coma o daño cerebral irreversible. Si la sedación resulta insuficiencia se usara anestesia general

Transfusión de sangre: Si () No (). Si la situación ameritara soy mi consentimiento a que se me administre sangre o productos de sangre determinado por el Anestesiólogo, sabiendo los riesgos potenciales de las transfusiones de sangre ya explicadas.

Ayuno: al menos Ocho horas antes de intervención quirúrgica programada. Tomar medicación el día de la intervención quirúrgica que haya autorizado el médico Anestesiólogo antes de la intervención quirúrgica.

Certifico que he leído y comprendido lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío y conozco mi derecho a rechazar dicho consentimiento.

Ahancay, de del.....

PACIENTE / REPRESENTACIÓN LEGAL

TESTIGO (de ser necesario)

Firma:

Firma:

DNI:

NOMBRE:

DNI:

MEDICO ANESTESIOLOGO

Firma:

Firma _____

Sello:

CERTIFICO QUE HE EXPLICADO LOS POSIBLES RIESGOS DE ANESTESIA Y QUE LA PACIENTE/TUTOR COMPRENDEN COMPLETAMENTE LO QUE HE EXPLICADO

REVOCATORIA DE CONSETIMIENTO

Por la presente expreso mi deseo de invalidar lo anteriormente aceptado, soy consciente de los que pueda acarrear a mi salud el NO aceptar la realización del procedimiento recomendado por los médicos encargados de mi tratamiento, haciendome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

PACIENTE (REPRESENTANTE LEGAL

TESTIGO (des ser necesario)

Firma:

Firma:

DNI:

NOMBRE:

DNI:



Hospital Guillermo Díaz De La Vega - Abancay

Nº ~~001101~~

Cirujano _____ 1er Ayudante _____

2do _____ Enfermería _____

Enfermería en Circulación _____ Anestesista _____

Cuenta de gases _____ Drenes _____ Apósito _____

Clase de Anestesia _____

Fecha _____ Comienzo de Operación _____ ^{a.m.} Término de Operación _____ ^{a.m.}
p.m. p.m.

ORDEN

1.- Diagnóstico
Pre - Operatorio

2.- Diagnóstico
Post - Operatorio

3.- Operación
Realizada

4.- Hallazgos

5.- Procedimiento

6.- Firmas

Apellido Paterno	Materno	Nombre	Historia N°
Cama	Servicio	Médico	

Record Operatorio

+ Autocopiático

FICHA DE ANESTESIA

Nº 000701

SALA DE OPERACIONES:		EMERG. PROG.		HCL:		CAMA:		FECHA:			
NOMBRE:					EDAD:		PESO:		TALLA:		
PA:	SPO2:	SPO2:	FI02:	FC:	RESP:		CONDICIONES PAC. SALIDA SOP:				
HTO:	Hb:	GF:	GR:	TC:	Ts:	GLUC:	ASA:	RO:	Fvs:		
MALLAMPATI		DMT		APERTURA BUCAL							

OPERACIÓN PROPUESTA: _____

DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO: _____

DIAGNOSTICO POSTQUIRURGICO: _____

OPERACIÓN REALIZADA: _____

COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICOS: _____

TIEMPOS SOP:	PASA A:											
	URPA			UCI			EMERGENCIA			HOSPITALIZACIÓN		
	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
ING PAC:												
INI ANES:												
INI. CIR:												
TER CIR:												
TER DE ANES:												
DUR. DE CIR:												
DUR. DE ANES:												
185												
180												
175												
170												
165												
160												
155												
150												
145												
140												
130												
120												
110												
105												
100												
95												
90												
85												
80												
75												
70												
65												
60												
55												
50												
45												
40												
35												
30												
25												
20												
15												
10												
5												

OBSERVACIONES	BALANCE HIDRICO		FIRMA Y SELLO	
		INGRESOS		EGRESOS:
ANESTESIÓLOGO:		CIRUJANO:	1er Ayudante:	
ENF. INSTRUMENTISTA:		CIRCULANTE:	2do Ayudante:	

