

ANEXO 2

ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

Órgano y/o Unidad Orgánica:	SERVICIO DE EMERGENCIA
Actividad del POI:	
Denominación de la Contratación:	ADQUISICION DE FORMATOS PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIA

I. FINALIDAD PÚBLICA

Garantizar la atención oportuna, continua y adecuada de los pacientes, mediante el uso de formatos institucionales debidamente establecidos, en los cuales se registran de manera clara y precisa los diagnósticos, evaluaciones y procedimientos médicos, constituyendo un soporte indispensable para la toma de decisiones clínicas, la trazabilidad de la atención y el cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes para el área de emergencia.

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

ADQUISICION DE FORMATOS PARA ATENCION DE PACIENTES

III. CARACTERISTICAS TECNICAS

Ítem	Descripción	Cant	Unid	Características	Código SIGA
1	Formato Registro de Pacientes Servicios de Emergencia	3.5	MILLARES	Material: PAPEL BOND 75GR Color: Blanco y negro. Anverso y reverso 68.5 cm X 45cm	
2	Notas de Enfermería	40	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Anverso y reverso	
3	Hoja Gráfica	20	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Una cara	
4	Historia Clínica de Atención en el servicio de Emergencia	65	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Anverso y reverso	
5	Nota Evolución Médica	45	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Anverso y reverso	
6	Solicitud de exámenes auxiliares	90	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Una Cara	
7	Pedido de Exámenes Auxiliares	40	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Una Cara	

8	Cartel de Identificación	8	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Una Cara	
9	Monitoreo de Funciones Vitales	4	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Doble Cara	
10	Informe médico para Solicitud de TEM, RMN y Otros	15	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Una Cara	
11	Interconsulta	60	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Una Cara	
12	Solicitud de Exámenes de Imagenología	60	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Una Cara	
13	Orden de Internamiento	6	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Una Cara	
14	Retiro Voluntario	2	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Una Cara	
15	Epicrisis	3	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Una Cara	
16	Pedido de Sala de Operaciones	3	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Una Cara	
17	Consentimiento Informado de Procedimiento Médico Quirúrgico	3	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Doble Cara	
18	Ficha de notificación de Incidentes y Eventos adversos	2	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Una Cara	
19	Kardex de Tratamiento de Enfermería	40	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Doble Cara	

20	Consentimiento Informado para Hospitalización	6	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Doble Cara	
21	Consentimiento informado observación en emergencia	6	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Doble Cara	
22	Pedido de Dietas	3.5	MILLARES	Papel Auto copiable A-4 1 original mas 1 copia (celeste) Cada uno por 50 hojas 70 Block	
23	Consolidación de Oxigeno	2.5	MILLARES	Papel Auto copiable 21cm X 15cm 1 original mas 1 copia (celeste) Cada uno por 50 hojas 50 Block	
24	Solicitud para Investigación Bacteriológica en Tuberculosis	4	MILLARES	Papel Auto copiable 22cm X 16 cm 1 original mas 1 copia (rosado) Cada uno por 80 hojas 50 Block	
25	Hoja de Monitoreo De TRAUMA SHOCK	2	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Doble Cara	
26	BALANCE HIDRICO	20	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Una Cara	
27	Informe de Fallecimiento	2.5	MILLARES	Papel Auto copiable A-4 1 original mas 1 copia (celeste) Cada uno por 50 hojas 50 Block	
28	Hoja de Valoración y Monitoreo de UCE con Ventilación Mecánica	3	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Doble Cara A 3	
29	Historia Clínica de Atención en el servicio de Emergencia (GINECOLOGIA)	10	MILLARES	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Doble Cara	
30	Registro Diario de Pacientes servicio de Emergencia	4	LIBROS	Material: PAPEL BOND . Color: Blanco y negro. Doble Cara A 3 ANILLADO CADA UNO DE 200 HOJAS	
31	Registro Diario de Pacientes	10	LIBROS	Material: PAPEL BOND 75GR Color: Blanco y negro. Anverso y reverso Empastado CADA UNO DE 200 HOJAS	

				60 cm X 33cm	
32	Registro Diario de Pacientes servicio de Emergencia - TRIAJE	6	LIBROS	Material: PAPEL BOND A4. Color: Blanco y negro. Doble Cara A 3 ANILLADO CADA UNO DE 200 HOJAS	
33	receta unica estandarizada	2	MILLARES	Papel Auto copiable 21cm X 15cm 1 original mas 1 copia (celeste) Cada uno por 50 hojas 40 Block	

El postor deberá incluir en su oferta el diseño, dicho diseño será remitido al área usuario en formato Word o Excel.

El postor adjudicado deberá recoger el diseño de los formatos A3, y otras medidas mayor a A4 en la Unidad de Logística

Se adjunta Formatos.

IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS

NO CORRESPONDE.

V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN:

NO CORRESPONDE.

VI. GARANTÍA COMERCIAL

NO CORRESPONDE

VII. MUESTRAS

NO CORRESPONDE.

IX. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

- Contar con RUC activo y habido.
- Deberá dedicarse al rubro del servicio solicitado.
- No tener impedimento de contratar con el estado conforme al Art.30 de la ley de contrataciones de estado N°32069.

X. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA

Lugar: Los Formatos serán entregados en el Almacén Central del Hospital Regional Cusco, ubicado en la Av. La Cultura S/N del distrito, provincia y departamento de Cusco.

Plazo: Los Formatos de la presente convocatoria se entregan en el plazo de 15 DIAS CALENDARIO NOTIFICADA LA ORDEN DE COMPRA.

XI. CONFORMIDAD

La conformidad de los formatos, será otorgada por el área usuaria, SERVICIO DE EMERGENCIA para lo cual el proveedor deberá cumplir con las especificaciones

técnicas requeridas, la recepción de los formatos será por el jefe del servicio de Emergencia del Hospital Regional Cusco.

XII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en PAGO UNICO

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Recepción del FORMATO será el área de almacén general de la Entidad.
- Conformidad otorgada por el área usuaria.
- Comprobante de pago.

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.

XIII. 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.

XIV. PENALIDADES

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 = 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.

XV. OTRAS PENALIDADES

NO CORRESPONDE.

XVI. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL

El Hospital Regional Cusco puede resolver el contrato, en los siguientes casos:

- a) Por acumulación del monto máximo de la penalidad por mora o por el monto máximo para otras penalidades, en la ejecución de la prestación a su cargo.
- b) Caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite la continuación del contrato.
- c) Incumplimiento de obligaciones contractuales, por causa atribuible al contratista.
- d) Hecho sobreviniente al perfeccionamiento del contrato, de supuesto distinto al caso fortuito o fuerza mayor, no imputable a ninguna de las partes, que imposibilite la continuación del contrato.
- e) Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción y antisoborno.
- f) Por la presentación de documentación falsa o inexacta durante la ejecución

contractual.

XVII. OBLIGACION ANTICORRUPCION Y ANTISOBORNO

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 Hospital Regional Cusco.

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 Cusco.

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 Hospital Regional Cusco el derecho de resolver total o parcialmente el contrato.

XVIII. SOLUCION DE CONTROVERSIAS

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

XIX. GESTIÓN DE RIESGOS

NO CORRESPONDE.

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

Firma
Área usuaria o técnica estratégica



Ministerio de Salud

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL CUSCO

3

100 x día

Resp.	Pulso	Temp.	M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T																							
70	130																									
60	120	41°C																								
50	110	40°C																								
40	100	39°C																								
30	90	38°C																								
20	80	37°C																								
10	70	36°C																								
0	60	35°C																								
F. INGRESO: HORA DE INGRESO:	PRESION SANGUINEA	240																								
		210																								
		180																								
		150																								
		120																								
		90																								
		60																								
30																										
N° DE SIS..... PF.....	FECHA																									
	HECES																									
	ORINA																									
	Lig. Tomados																									
	PESO																									
	VOMITOS																									
	DIURESIS																									
	DRENAJE TORAXICO																									
	B.H.E																									
Apellido Paterno:		Materno:		Nombre:		Edad:		Historia N°																		
Piso:		Cama:		Servicio:		Medico Tratante:																				



HOSPITAL REGIONAL CUSCO
SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO
SERVICIO DE EMERGENCIA

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

CONDICIÓN DEL PACIENTE: SIS () PARTICULAR () OTROS: _____

N° PRE FACTURA: _____

SEXO: (M) (F) _____

EDAD: _____

N° HISTORIA CLÍNICA: _____

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: _____

CONSULTORIO () HOSPITALIZACIÓN ()

SERVICIO: _____

N° CAMA: _____

N° DE REGISTRO: _____

(Llenado en Laboratorio)

PERFILES

- Lipídico (COLEST + HDL + LDL + TRIGLI)
- Hepático (TGO +TGP+FOSF. AL.C+BLIRRUUBINAS)
- Pre-Operatorio (HMA+GLU+UREA+CREA+GSyRh+TC+TS)
- Tiroideo (T3total+T4 libre +TSH)

BIOQUÍMICA

- Ácido Úrico (84550)
- ADA Sérico (82020)
- Test de ADA en líquidos Corporales (82020)
- Bioquímicos de Líquidos corporales
- Glucosa (82945)
- Protinas (89157)
- Amilasa (82150)
- Bilirrubinas T y F (82247)
- Calcio (82310)
- Colesterol HDL (83718)
- Colesterol LDL (86721)
- Colesterol Total (82465)
- CPK Total (82350)
- CPK MB(82553)
- Creatinina (82570)
- Deshidrogenasa láctica (83615)
- Fosfatasa Alcalina (84075)
- Fósforo (84100)
- CGTP (82377)
- Glucosa (82948)
- Glucosa Post Prandial (82950)
- Hemoglobina glicosilada (83036)
- Lipasa (83690)
- Proteínas Totales Fraccionadas (82351)
- T4 libre (84439)
- T3 (84480)
- T4 total (84436)
- TSH (84443)
- BHCG Cualitativo Suero () Orina () (81025)
- BHCG Cuantitativo (84702)
- PSA Total (84152)

HEMATOLÓGICO

- Células L.E. (85989)
- Grupo sanguíneo y factor (86900)
- Hematocrito (85014)
- Hemograma completo (85027)
- Reticulocitos (85045)
- Tiempo de Coagulación y tiempo de sangría (85002)
- Tiempo de Protrombina (85610)
- Tiempo de tromboplastina Parcial (85730)
- Fibrinógeno (85394)
- Velocidad de Sedimentación Globular (85651)

HEMATOLÓGICO

- Células L.E. (85989)
- Grupo sanguíneo y factor (86900)
- Hematocrito (85014)
- Hemograma completo (85027)
- Reticulocitos (85045)
- Tiempo de Coagulación y tiempo de sangría (85002)
- Tiempo de Protrombina (85610)
- Tiempo de tromboplastina Parcial (85730)
- Fibrinógeno (85394)
- Velocidad de Sedimentación Globular (85651)

INMUNOLÓGICO

- Aglutinaciones Tíficas, Paratíficas (86000)
- Antiestreptolisina Látex (86060)
- Aglutinación para Brucella (86008)
- Factor Reumatológico Látex (86430)
- PCR Latex (86140)
- T4 libre (84439)
- T3 (84480)
- T4 total (84436)
- TSH (84443)
- BHCG Cualitativo Suero () Orina () (81025)
- BHCG Cuantitativo (84702)
- PSA Total (84152)

INMUNOLÓGICO

- Aglutinaciones Tíficas, Paratíficas (86000)
- Antiestreptolisina Látex (86060)
- Aglutinación para Brucella (86008)
- Factor Reumatológico Látex (86430)
- PCR Latex (86140)
- T4 libre (84439)
- T3 (84480)
- T4 total (84436)
- TSH (84443)
- BHCG Cualitativo Suero () Orina () (81025)
- BHCG Cuantitativo (84702)
- PSA Total (84152)

ORINA

- Sedimento de Orina (81015)
- Examen completo de Orina (81003)
- Proteinuria de 24 Hrs (84156)
- Depuración de Creatinina (82575)
- Acido Úrico 24 Hrs (84560)
- Calcio en Orina 24 Hrs (82310)
- Fosforo en Orina 24 Hrs (84105)

EXÁMENES CON FICHA EPIDEMIOLÓGICA

- TORCH menores de 1 año (80090)
- Leptopirosis
- Dengue
- IRAG(Hisopado Nasal / faringeo)
- Malaria
- Bartonellosis
- Rotavirus
- Otros: _____

Fecha y Hora de Solicitud _____

Fecha y Hora de toma de muestra _____

Fecha y Hora de Solicitud _____

Fecha y Hora de toma de muestra _____



HOSPITAL REGIONAL CUSCO
SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO
SERVICIO DE EMERGENCIA

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

CONDICIÓN DEL PACIENTE: SIS () PARTICULAR () OTROS: _____

N° PRE FACTURA: _____

SEXO: (M) (F) _____

EDAD: _____

N° HISTORIA CLÍNICA: _____

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: _____

CONSULTORIO () HOSPITALIZACIÓN ()

SERVICIO: _____

N° CAMA: _____

N° DE REGISTRO: _____

(Llenado en Laboratorio)

PERFILES

- Lipídico (COLEST + HDL + LDL + TRIGLI)
- Hepático (TGO +TGP+FOSF. AL.C+BLIRRUUBINAS)
- Pre-Operatorio (HMA+GLU+UREA+CREA+GSyRh+TC+TS)
- Tiroideo (T3total+T4 libre +TSH)

BIOQUÍMICA

- Ácido Úrico (84550)
- ADA Sérico (82020)
- Test de ADA en líquidos Corporales (82020)
- Bioquímicos de Líquidos corporales
- Glucosa (82945)
- Protinas (89157)
- Amilasa (82150)
- Bilirrubinas T y F (82247)
- Calcio (82310)
- Colesterol HDL (83718)
- Colesterol LDL (86721)
- Colesterol Total (82465)
- CPK Total (82350)
- CPK MB(82553)
- Creatinina (82570)
- Deshidrogenasa láctica (83615)
- Fosfatasa Alcalina (84075)
- Fósforo (84100)
- CGTP (82377)
- Glucosa (82948)
- Glucosa Post Prandial (82950)
- Hemoglobina glicosilada (83036)
- Lipasa (83690)
- Proteínas Totales Fraccionadas (82351)
- Tolerancia a la glucosa (82351)
- Transaminasas TGO () TGP () (84450) (84460)
- Triglicéridos (84478)
- Urea (84520)

HEMATOLÓGICO

- Células L.E. (85989)
- Grupo sanguíneo y factor (86900)
- Hematocrito (85014)
- Hemograma completo (85027)
- Reticulocitos (85045)
- Tiempo de Coagulación y tiempo de sangría (85002)
- Tiempo de Protrombina (85610)
- Tiempo de tromboplastina Parcial (85730)
- Fibrinógeno (85394)
- Velocidad de Sedimentación Globular (85651)

HEMATOLÓGICO

- Células L.E. (85989)
- Grupo sanguíneo y factor (86900)
- Hematocrito (85014)
- Hemograma completo (85027)
- Reticulocitos (85045)
- Tiempo de Coagulación y tiempo de sangría (85002)
- Tiempo de Protrombina (85610)
- Tiempo de tromboplastina Parcial (85730)
- Fibrinógeno (85394)
- Velocidad de Sedimentación Globular (85651)

INMUNOLÓGICO

- Aglutinaciones Tíficas, Paratíficas (86000)
- Antiestreptolisina Látex (86060)
- Aglutinación para Brucella (86008)
- Factor Reumatológico Látex (86430)
- PCR Latex (86140)
- T4 libre (84439)
- T3 (84480)
- T4 total (84436)
- TSH (84443)
- BHCG Cualitativo Suero () Orina () (81025)
- BHCG Cuantitativo (84702)
- PSA Total (84152)

INMUNOLÓGICO

- Aglutinaciones Tíficas, Paratíficas (86000)
- Antiestreptolisina Látex (86060)
- Aglutinación para Brucella (86008)
- Factor Reumatológico Látex (86430)
- PCR Latex (86140)
- T4 libre (84439)
- T3 (84480)
- T4 total (84436)
- TSH (84443)
- BHCG Cualitativo Suero () Orina () (81025)
- BHCG Cuantitativo (84702)
- PSA Total (84152)

ORINA

- Sedimento de Orina (81015)
- Examen completo de Orina (81003)
- Proteinuria de 24 Hrs (84156)
- Depuración de Creatinina (82575)
- Acido Úrico 24 Hrs (84560)
- Calcio en Orina 24 Hrs (82310)
- Fosforo en Orina 24 Hrs (84105)

EXÁMENES CON FICHA EPIDEMIOLÓGICA

- TORCH menores de 1 año (80090)
- Leptopirosis
- Dengue
- IRAG(Hisopado Nasal / faringeo)
- Malaria
- Bartonellosis
- Rotavirus
- Otros: _____

Fecha y Hora de Solicitud _____

Fecha y Hora de toma de muestra _____

Fecha y Hora de Solicitud _____

Fecha y Hora de toma de muestra _____

200 x dia

6



MINISTERIO DE SALUD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL CUSCO
SERVICIO DE EMERGENCIA

7

PEDIDO DE EXÁMENES AUXILIARES

FECHA EN QUE SE PIDE EL EXAMEN	FECHA EN QUE SE RECIBE EL EXAMEN	EXAMENES AUXILIARES / INTERCONSULTAS	RESUMEN DE RESULTADO

NOMBRES Y APELLIDOS:

CAMA:

SERVICIO:

HIST. CLIN. N°:

SERVICIO DE EMERGENCIA

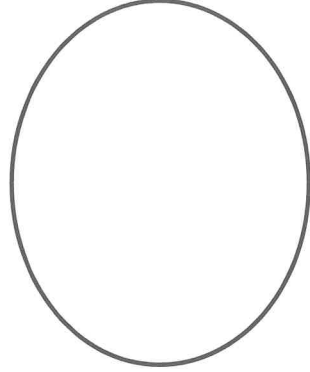
EDAD: DNI:

FECHA DE INGRESO:

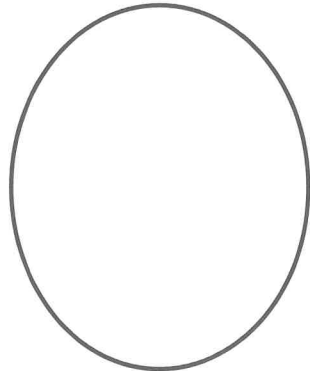
PREF.: H. CL.:

ESPECIALIDAD:

SIS	
SOAT	
SALUDPOL	
PARTIC.	



RIESGO DE CAIDAS



UPP

10



HOSPITAL REGIONAL CUSCO SERVICIO DE EMERGENCIA



INFORME MEDICO PARA SOLICITUD DE TEM, RMN Y OTROS

N° DE PRE-FACTURA:

NOMBRE Y APELLIDOS: EDAD : SEXO M F

..... N° H. CLINICA: N° DE CAMA:

ENFERMEDAD ACTUAL T.E.: F.I.

RESUMEN CLINICO:
.....
.....
.....

SIGNOS VITALES / Y OTROS VALORES:

FC:	FR:	FA:	T:	So2:	PESO:	TALLA:
-----	-----	-----	----	------	-------	--------

EXAMEN FÍSICO PREFERENCIAL:

.....
.....
.....
.....

EXAMEN DE APOYO AL DIAGNOSTICO:

.....
.....
.....

DIAGNOSTICO:

1.-	CIE 10:
2.-	CIE 10:
3.-	CIE 10:

SUSTENTACIÓN DE SOLICITUD:

.....
.....
.....

FECHA DE SOLICITUD: / /

HORA:

.....
Firma y Sello del Medico Solicitante

.....
Firma y Sello del Autorización de SIS

(11)

180.º día



HOSPITAL REGIONAL CUSCO
SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Fecha: ___ / ___ / ___ Hora: [] :

PROCEDENCIA: EMERGENCIA HOSPITALIZACIÓN

SERVICIO SOLICITANTE: _____ DIRIGIDO AL SERVICIO DE: _____

Breve resumen y motivo de interconsulta:

Impresión Diagnostica:

.....
Firma y sello del medico tratante

INFORME DE LA CONSULTA

Pedido recibido: _____

- 1.- Hallazgos
- 2.- Exámenes y/o procedimientos realizados
- 3.- Diagnostico. pronostico. Tratamiento y recomendaciones.

Fecha: ___ / ___ / ___ Hora: [] :

Fecha: ___ / ___ / ___
Hora: [] :

.....
Firma y sello del medico tratante

A.P. PATERNO:	A.P. MATERNO	NOMBRES
SERVICIO:	Nº CAMA	H. CLÍNICA:

NOTA: Usar formato horario de 24 horas.

12

200 x dia



Ministerio de Salud
Personas que Atendemos Personas

HOSPITAL REGIONAL CUSCO



SOLICITUD DE EXÁMENES DE IMAGENOLOGIA

SIS () SOAT () FOSPOLI () N° PARTICULAR () PF:

RADIOGRAFIA ECOGRAFIA TAC RM ENDOSCOPIA CEPRE
MAMOGRAFÍA ECODOPPLER

PACIENTE: EDAD: SEXO M F

SERVICIO: H.C. CAMA N°

DATOS CLÍNICOS:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

FECHA:...../.....20 HORA: ____: ____

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO SOLICITANTE



Ministerio de Salud
Personas que Atendemos Personas

HOSPITAL REGIONAL CUSCO



SOLICITUD DE EXÁMENES DE IMAGENOLOGIA

SIS () SOAT () FOSPOLI () N° PARTICULAR () PF:

RADIOGRAFIA ECOGRAFIA TAC RM ENDOSCOPIA CEPRE
MAMOGRAFÍA ECODOPPLER

PACIENTE: EDAD: SEXO M F

SERVICIO: H.C. CAMA N°

DATOS CLÍNICOS:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

FECHA:...../.....20 HORA: ____: ____

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO SOLICITANTE

22

HOSPITAL REGIONAL CUSCO
ORDEN DE INTERNAMIENTO

13



Procedencia: EMERGENCIA CONSULTA EXTERNA

Sistema del Pacientes: SIS SOAT PARTICULAR CONVENIO OTROS

N° Pre Factura:..... N° SIS..... N° Historia Clínica

Para ser llenado por el médico que interna: Fecha de Orden...../...../...../ Hora ____:____

Apellido Paterno:..... Materno:..... Nombres:.....

Lugar de Nacimiento:..... Fecha Nacimiento:..... Edad:..... Estado Civil:.....

Domicilio:..... DNI N°:..... Ocupación:.....

Nombre del Padre:..... Vivo Muerto Nombre de la Madre..... Viva Muerta

Persona a quien notificar en caso de Emergencia:.....

Domicilio..... DNI N°:..... Teléfono.....

Paciente atendido en el consultorio de.....

DIAGNOSTICO.....

Ingresa al servicio de..... Cama N°:.....

Fecha de hospitalización: ____/____/____ Hora: ____:____

.....
Sello y Firma del Médico que interna

HOSPITAL REGIONAL CUSCO
ORDEN DE INTERNAMIENTO



Procedencia: EMERGENCIA CONSULTA EXTERNA

Sistema del Pacientes: SIS SOAT PARTICULAR CONVENIO OTROS

N° Pre Factura:..... N° SIS..... N° Historia Clínica

Para ser llenado por el médico que interna: Fecha de Orden...../...../...../ Hora ____:____

Apellido Paterno:..... Materno:..... Nombres:.....

Lugar de Nacimiento:..... Fecha Nacimiento:..... Edad:..... Estado Civil:.....

Domicilio:..... DNI N°:..... Ocupación:.....

Nombre del Padre:..... Vivo Muerto Nombre de la Madre..... Viva Muerta

Persona a quien notificar en caso de Emergencia:.....

Domicilio..... DNI N°:..... Teléfono.....

Paciente atendido en el consultorio de.....

DIAGNOSTICO.....

Ingresa al servicio de..... Cama N°:.....

Fecha de hospitalización: ____/____/____ Hora: ____:____

.....
Sello y Firma del Médico que interna

14



HOSPITAL REGIONAL CUSCO SERVICIO DE EMERGENCIA RETIRO VOLUNTARIO



Cusco,/...../..... Hora:..... a.m./p.m. Historia Clínica N°:.....

Apellidos y nombres del paciente:..... DNI N°:.....

Domicilio:.....Provincia.....

Representado en este acto (en caso de menores de Edad y/o paciente con discapacidad mental y/o compromiso de conciencia) por:

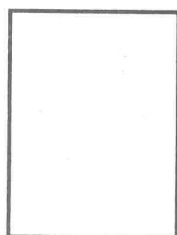
Nombre del Representante:..... DNI N°.....

Domicilio: Provincia

Parentesco:.....

Quien Declara:

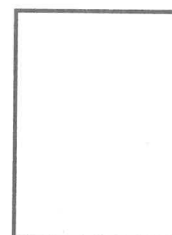
1. Haber sido informado(a) de los riesgos de retirarme en estas circunstancias, respondiendo a todas las preguntas que he realizado.
2. Haber decidido abandonar las instalaciones del Hospital Regional del Cusco en contra del Consejo Médico y el equipo de Salud.
3. En consecuencia de lo expresado exonerar plenamente de toda responsabilidad al personal del Hospital por cualquier daño causado a mi persona como consecuencia del abandono del Hospital.
4. Confirmando que he leído y comprendido perfectamente los puntos anteriores, y que todos los espacios en blanco han sido llenados antes de firmar.



Huella digital

.....
Firma del Paciente o Representante

.....
Nombres y Apellidos
DNI:.....



Huella digital

.....
Firma de un Familiar o Testigo

.....
Nombres y Apellidos
DNI:.....

.....
Firma y Sello del Médico Informante

En casos de menores de 18 años, siempre debe ser representado por sus padres o tutor. La aclaración de firma, DNI, parentesco y domicilio debe ser llenado de puño y letra por quien firma.

En caso de negarse a suscribir el presente, el médico que intervino en la atención del paciente, deberá INMEDIATAMENTE denunciar esta circunstancia y/o hecho al Destacamento Policial ubicado en las instalaciones de este Nosocomio, debiendo proporcionar la mayor cantidad de información al respecto de los sucedido.

EPICRISIS

15



N° DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE INGRESO: HORA DE INGRESO:

FECHA DE EGRESO: HORA DE EGRESO:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

SERVICIO DEL QUE EGRESA:

N° DE CAMA:

PACIENTE DE: AÑOS DE EDAD, INGRESA CON UN CUADRO DE:

DE: DÍAS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS:

AL EXAMEN CLÍNICO SE ENCONTRARON LOS SIGUIENTES HALLAZGOS (SIGNOS):

EXÁMENES DE AYUDA DIAGNOSTICA:

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

EVOLUCIÓN EN EL SERVICIO FUE: FAVORABLE () DESFAVORABLE ()

SE LE DA DE ALTA EN CONDICIÓN DE: MEJORADO () FALLECIDO () DE HABER SIDO HOSPITALIZADO

SI ES FALLECIDO: CAUSA DE MUERTE: ESTADÍA TOTAL: DÍAS

DIAGNÓSTICOS DE ALTA: PRINCIPAL (CIE10).

DIAGNÓSTICOS DE ALTA: SECUNDARIO (CIE10).

COMPLICACIONES:

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

.....
Firma y Sello del médico tratante

C.P.M. N°

(16)

HOSPITAL REGIONAL CUSCO

PEDIDO DE SALA DE OPERACIONES



FECHA DE SOLICITUD: / / HORA: ____:____ FECHA DE PROGRAMACIÓN: / / HORA: ____:____

N° DE SIS: N° DE PRE FACTURA:

NOMBRES Y APELLIDOS: EDAD: SEXO: M F

SERVICIO: N° H. CLINICA: N° DE CAMA: G. SANGUÍNEO: HEMOGLOBINA:

DIAGNOSTICO:

PRECEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

TIPO DE ANESTESIA PREVISTA:

NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO CIRUJANO:

NOMBRE Y APELLIDO DEL PRIMER AYUDANTE:

TIEMPO APROXIMADO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN SOP:

.....
V°B° del Jefe de Servicio
O Jefe de Guardia

.....
Firma y Sello del Médico Cirujano

.....
Jefe del Servicio de Anestesia

HOSPITAL REGIONAL CUSCO

PEDIDO DE SALA DE OPERACIONES



FECHA DE SOLICITUD: / / HORA: : FECHA DE PROGRAMACIÓN: / / HORA: ____:____

N° DE SIS: N° DE PRE FACTURA:

NOMBRES Y APELLIDOS: EDAD: SEXO: M F

SERVICIO: N° H. CLINICA: N° DE CAMA: G. SANGUÍNEO: HEMOGLOBINA:

DIAGNOSTICO:

PRECEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

TIPO DE ANESTESIA PREVISTA:

NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO CIRUJANO:

NOMBRE Y APELLIDO DEL PRIMER AYUDANTE:

TIEMPO APROXIMADO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN SOP:

.....
V°B° del Jefe de Servicio
O Jefe de Guardia

.....
Firma y Sello del Médico Cirujano

.....
Jefe del Servicio de Anestesia

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE
PROCEDIMIENTO MÉDICO / QUIRURGICO**

Cusco: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ Historia Clínica N°: _____

PFN°: _____ Procedencia: () Hospitalización () Emergencia () Consulta Ext.

Apellidos y nombres del paciente:..... DNI N°

Domicilio: Provincia:

Representado en este acto por (paciente con discapacidad mental y/o compromiso de conciencia) Nombre del representante:.....

DNI N°Domicilio

ProvinciaParentesco:.....

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud en cumplimiento de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, declaro haber recibido y entendido la información brindada por mis médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente), los riesgos reales y potenciales que puedan presentarse como consecuencia de la enfermedad que padezco (padece), de los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, así como la posibilidad de tratamientos alternativos.

Con el diagnóstico: _____

he comprendido que es necesario, se practique la intervención quirúrgica o procedimiento planteado. Lo cual consiste en: _____

También he sido informado y comprendo que esta intervención quirúrgica o procedimiento conlleva riesgos reales y potenciales previsible y no previsible de los cuales fui informado adecuadamente asegurandome que se tomara todas las medidas y precauciones para reducir en lo posible riesgos. Siendo: _____

Por ello manifiesto en forma libre y voluntaria mi consentimiento para que se practique la intervención quirúrgica tratamiento o procedimiento prepuesto, declaro además estar de acuerdo en que se efectuaran los estudios necesarios del material obtenido (biopsia, pieza, operatorio, etc.), y se me aplique los medicamentos necesarios para mi recuperación.

N° de Ficha (1): _____ Fecha de Notificación (2): _____

NOMBRE DEL PACIENTE (3):

N° HISTORIA CLÍNICA (4) EDAD: (Años/meses) (5) SEXO (6): M F

DIAGNÓSTICO DE INGRESO (7)

DIRECCIÓN (8)	<input type="text"/>	PROFESIONAL QUE REPORTA (9)	<input type="text"/>
SERVICIO DE ATENCIÓN (10):	<input type="text"/>	DÍAS DE ESTANCIA (11):	<input type="text"/>

ESTADO DEL PACIENTE (12)	1.- VIVO CON SECUELA: 1.1.-TEMPORAL 1.2. - PERMANENTE 2.- VIVO SIN SECUELA: 3.- FALLECIDO	Marcar con (X) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---	---

EVENTO ADVERSO DETECTADO (13)	NATURALEZA DEL EVENTO ADVERSO
(14)	

INCIDENTE DETECTADO (15)	NATURALEZA DEL INCIDENTE
(16)	

INSTRUCTIVO:

Los puntos 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,15 serán llenados por el personal que reporta.
 Los ítems 1,2,14,16, serán llenados por la Oficina de Gestión de la Calidad:

Evento: Todo accidente que hubiera causado daño al paciente o le hubiera podido causar, relacionado tanto a las condiciones de la asistencia como a las del propio paciente.

Incidente: Evento adverso que no ha causado daño pero susceptible de provocarlo en otra circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

**HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
KARDEX DE TRATAMIENTO DE ENFERMERIA**

19
100 x día

SEXO:	F	M	HISTORIA CLINICA:	
EDAD:			PRE FACTURA:	
ALERGIA:	N° CAMA:		SERVICIO:	

SERVICIO DE PROCEDENCIA:	FECHA Y HORA DE INGRESO AL SERVICIO: FI: HI:	SALUDPOL () SIS () PARTICULAR ()	N° DE SEGURO:
--------------------------	---	-------------------------------------	---------------

DIAGNOSTICO MEDICO:	DIAGNOSTICO POST OPERATORIO
1	1
2	2

FECHA																				
TORNOS DE TRABAJO	M	T	N	M	M	T	N	M	M	T	N	M	M	T	N	M	M	T	N	M
GRADO DE DEPENDENCIA	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
CFV - BHE																				

Dieta:	
INFUSIONES	

MEDICAMENTOS	DOSIS	VIA	FREC.																
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			

PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA	TRANSFUSION	
	NEBULIZACION	
	OXIGENO TERAPIA	DISPOSITIVO L1/MIN CAMBIO: FI: FC:

PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO	
GLUCOSA CAPILAR (HEMOGLUCOTEST)	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN

Cusco,..... / / Hora: a.m/p.m. Historia Clínica:

Apellidos y nombres del paciente:DNI: N°

Domicilio:..... Provincia:

Representado en este acto por (en caso de menores de Edad y/o paciente con discapacidad mental y/o Compromiso de conciencia) por:

Nombre del Representante:DNI. N°

Domicilio: Provincia:.....

Parentesco:.....

I- INFORMACIÓN:

Por medio del presente documento manifiesto que en pleno uso de mis facultades mentales el médico ha informado que debo (debe) ser hospitalizado (a) y el diagnóstico inicial del ingreso es:

.....

Entiendo que el hospitalizarme debo aceptar lo siguiente:

- Que me (le) realicen diversos exámenes y procedimientos médicos en la medida en que sean necesarios para la recuperación.
- Que los procedimientos que representen un riesgo mayor y las intervenciones quirúrgicas necesitan **un consentimiento informado independiente**.
- Que en caso de negarse a realizar, alguna indicación médica, exonero de toda responsabilidad al Hospital, por las consecuencias de mi negativa.
- Que comprenda que el tratamiento no garantiza la resolución de la enfermedad y que la responsabilidad del Hospital es realizar todo lo posible para solucionar la enfermedad.
- Que el Hospital en que voy (va) a ser atendido(a) tiene labor docente con presencia de futuros profesionales de la salud acompañado de los especialistas. Lo cual **(SI) / (NO)** acepto.
- Que en el Hospital se realizan investigaciones científicas en base a los datos de la historia clínica; en forma anónima y confidencial y puedo negarme al uso de los datos de mi historia clínica especificándolo en este documento.
- Que las demás investigaciones científicas, necesitan un consentimiento Informado **independiente** y aprobación del comité de investigación y/o Bioética.
- Que si deseo retirarme de la institución sin indicación médica, solicitaré el retiro voluntario, sin que perjudique el derecho a una posterior atención.

II. DERECHOS DEL PACIENTE:

DECLARO que he sido informado (a) sobre los derechos del paciente establecidos de la ley N° 29414.

III. OBLIGACIONES DEL PACIENTE:

ME COMPROMETO a seguir las indicaciones que el médico (a) ha dado para la recuperación de la salud y **ASUMO** la responsabilidad y consecuencias en caso de incumplimiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO OBSERVACIÓN EN EMERGENCIA

Cusco,..... / / Hora: a.m/p.m. Historia Clínica:

Apellidos y nombres del paciente: DNI: N°

Domicilio: Provincia:

Representado en este acto por (en caso de menores de Edad y/o paciente con discapacidad mental y/o Compromiso de conciencia) por:

Nombre del Representante: DNI. N°

Domicilio: Provincia:

Parentesco:

I- INFORMACIÓN:

Por medio del presente documento manifiesto que en pleno uso de mis facultades mentales el médico ha informado que debo (debe) ser hospitalizado (a) y el diagnóstico inicial del ingreso es:

Entiendo que el hospitalizarme debo aceptar lo siguiente:

Que me (le) realicen diversos exámenes y procedimientos médicos en la medida en que sean necesarios para la recuperación.

Que los procedimientos que representen un riesgo mayor y las intervenciones quirúrgicas necesitan **un consentimiento informado independiente**.

Que en caso de negarse a realizar, alguna indicación médica, exonero de toda responsabilidad al Hospital, por las consecuencias de mi negativa.

Que comprenda que el tratamiento no garantiza la resolución de la enfermedad y que la responsabilidad del Hospital es realizar todo lo posible para solucionar la enfermedad.

Que el Hospital en que voy (va) a ser atendido (a) tiene labor docente con presencia de futuros profesionales de la salud acompañado de los especialistas. Lo cual (SI) / (NO) acepto.

Que en el Hospital se realizan investigaciones científicas e n base a los datos de la historia clínica; en forma anónima y confidencial y puedo negarme al uso de los datos de mi historia clínica especificándolo en este documento.

Que las demás investigaciones científicas, necesitan un **consentimiento Informado independiente** y aprobación del comite de investigación y/o Bioética.

Que si deseo retirarme de la institución sin indicación médica, solicitare el retiro voluntario, sin que perjudique el derecho a una posterior atención.

II. DERECHOS DEL PACIENTE:

DECLARO que he sido informado (a) sobre los derechos del paciente establecidos de la ley N° 29414.

III. OBLIGACIONES DEL PACIENTE:

ME COMPROMETO a seguir las indicaciones que el médico (a) ha dado para la recuperación de la salud y **ASUMO** la responsabilidad y consecuencias en caso de incumplimiento.



SOLICITUD PARA INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA EN TUBERCULOSIS (EXÁMENES GRATUITOS)

1. N° de Reg. S.R.:

1. HOSPITAL REGIONAL CUSCO: Servicio: Cama:

2. Apellidos: Nombres: Edad: Sexo:

Hist. Clínica: DNI: Teléfono:

Dirección: Distrito: Provincia:

3. Tipo de Muestra: Espuito Otra Especificar:

4. Antecedentes de Tratamiento: Antes tratado: Recaido Fracaso

5. Para Diagnóstico: S.R. Seg. Diagnóst. Rx Anormal Otros

6. Control de Tratamiento: Mes Esq. TB sensible Esq. MDR Esq. XDR Otros

7. Ex. Solicitado: Baciloscopia 1er. M. 2da. M. Otras (especificar N°)

Prueba de sensibilidad: Rápida: Especificar:

8. Fecha de observación de la muestra: 9. Calidad de la muestra: Adecuada: Inadecuada:

10. Observaciones:

Datos del Solicitante

11. RESULTADOS: (PARA SER LLENADO POR EL LABORATORIO)

Fecha	Procedimiento	N° de Registro de Laboratorio	Aspecto Resultados (solo anotar en la casilla correspondiente)	
			Aspecto Macroscópico	POSITIVO
	Baciloscopia		NEGATIVO Anotar (-)	N° BAAR/Colonias (Anotar: +, ++, +++ con color rojo)
	Cultivo			

12. Apellidos y Nombres del Laboratorio: 13. Fecha de Entrega:

14. Observaciones:

HOJA DE MONITOREO DE TRAUMA SHOCK



Fecha: _____ Fecha de ingreso: _____ Prefectura: _____
 Nombre: _____ H.C.: _____ Cama: _____ Hora: _____
 Alergias: _____ Talla: _____ Peso: _____ Edad: _____
 Diagnóstico(s): _____ IMC: _____
 F M

HORA-	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
P.A.																								
F. CARDIACA																								
TEMPERATURA																								
F. RESPIRATORIA																								
SATO2																								
HGT																								
HEMODIALISIS																								
GLASGOW																								
RASS / FOUR																								
ASIST / ESP																								
VENTILADOR																								
MODO VENT.																								
V. CORRIENTE																								
PEEP																								
P. PICO																								
FIO2																								
P. SOPORTE																								
D. PUPILAR																								
CAPNÓGRAFO																								

BRAZALETE: SI NO G. DEPENDENCIA: LPP: GRADO:
 LUGAR: _____

BALANCE HÍDRICO

TURNO	HORA	TURNO DÍA						Total 12 horas	TURNO NOCHE					Total 12 horas	Total 24 horas		
		7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18		19-20	21-22	23-24	1-2	3-4			5-6	
INGRESOS	VÍA ORAL/DIETA																
	VÍA PARENTERAL	S. SALINAS															
		S. GLUCOSADAS															
		RETOS															
		TTO															
	HEMODERIVADOS																
	H2O OXIDACIÓN																
TOTAL																	
EGRESOS	DIURESIS																
	DEPOSICIONES																
	VÓMITOS																
	SECRECIONES																
	DRENAJE	D															
		I															
	PÉRDIDAS INSENSIBLES																
TOTAL																	
BHE ACUMULADO		BHE															



BALANCE HIDRICO

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ SERVICIO: _____
PESO: _____ EDAD: _____ N° DE CAMA: _____ N° H. CL: _____

TURNOS		MAÑANA 7 a 13 H.	TARDE 13 a 19 H.	NOCHE 19 a 7. H	TOTAL 24 Hrs.		
INGRESOS	V.O	Líquidos				FECHA: _____ _____ _____ EGRESOS: _____ _____ TOTAL: _____ _____ B.H.	
	SNG	Dieta					
	SOG						
	VIA PARENTERAL						
		Intravenosa					
		Intramuscular					
	Hemoderivados						
	H ₂ O Oxidación						
	EGRESOS	Orina					
Vómitos							
Drenaje							
Residuo gastrico							
Aspirac. secrec.							
Apósitos							
Heces							
Perdidas Insensibles							



BALANCE HIDRICO

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ SERVICIO: _____
PESO: _____ EDAD: _____ N° DE CAMA: _____ N° H. CL: _____

TURNOS		MAÑANA 7 a 13 H.	TARDE 13 a 19 H.	NOCHE 19 a 7. H	TOTAL 24 Hrs.		
INGRESOS	V.O	Líquidos				FECHA: _____ _____ _____ EGRESOS: _____ _____ TOTAL: _____ _____ B.H.	
	SNG	Dieta					
	SOG						
	VIA PARENTERAL						
		Intravenosa					
		Intramuscular					
	Hemoderivados						
	H ₂ O Oxidación						
	EGRESOS	Orina					
Vómitos							
Drenaje							
Residuo gastrico							
Aspirac. secrec.							
Apósitos							
Heces							
Perdidas Insensibles							



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO DPTAL. CUSCO

INFORME DE FALLECIMIENTO



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE:

FECHA DE INGRESO :

EDAD: SEXO: M () F () :

PROCEDENCIA :

SERVICIO :

DIAGNÓSTICO :

REQUIERE NECROPSIA : SI () NO ()

TIEMPO DE PERMANENCIA : DÍAS HORAS:

NOMBRE MEDICO TRATANTE : N° CMP.

NOMBRE ENF. DE TURNO : N° CEP.

FECHA DE FALLECIMIENTO : DÍA: MES: HORA:

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL : N° CMP.

QUE CONSTATA EL FALLECIMIENTO

FIRMA DE ENF. DE TURNO N° CEP.

EL PRESENTE FORMATO SE APLICARA PARA PACIENTES QUE POR LA NATURALEZA MUERTE REQUIEREN SER DERIVADOS AL MINISTERIO PUBLICO (FISCALIA)

Cusco, de del 202.....



HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

29

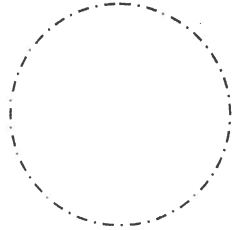


Tópico: Marcar con aspa o círculo según corresponda:

MEDICINA	PEDIATRÍA	GINECOLOGÍA	TRAUMATOLOGÍA	CIRUGÍA
-----------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------

FILIACIÓN

Nombres y apellidos: _____ DNI: _____



PRIORIDAD
I O
II O
III O
IV O
V O

Teléfono: _____ Grado de instrucción: _____ Ocupación: _____

Responsable o acompañante: _____ Teléfono: _____

Observaciones: _____

FUNCIONES VITALES: PA: _____ / _____ mmHg FC: _____ /min FR: _____ /min T°: _____ °C
 Peso: _____ Talla: _____ Sat O₂: _____ FiO₂: _____

Firma y sello del responsable de triaje

ATENCIÓN MÉDICA *Marca con aspa según corresponda*

ANAMNESIS

Hora de atención: _____ a.m./p.m.

Antecedentes Gineco Obstétricos: G _____ P _____ FUR: ___/___/___ FPP: ___/___/___ EG: _____ CPN: _____

Menarca: _____ años RC: _____ MAC: _____ PAP: _____ Menopausia: No () Si () Edad _____ años

Antecedentes Patológicos: _____

Antecedentes Quirúrgicos: _____ Cesáreas: _____ Cirugías pélvicas: _____

Alergias: _____ Hospitalización durante embarazo actual: No () Si () _____ días

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: _____ Forma de inicio: _____

Signos y síntomas: Dolor () Pérdida de líquido () Síntomas urinarios () Sangrado vaginal ()
 Contracciones () Ausencia de movimientos fetales ()

RELATO DE LA ENFERMEDAD: _____



**RECETA UNICA ESTANDARIZADA PARA
ATM DE RESERVA**



SERVICIO:

N° CAMA:

FECHA:

Paciente Particular ()

Otro:

HORA:

Paciente SIS ()

H. CLINICA:

N° Prefectura:

Cod. Atención SIS:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	EDAD	SEXO

MOTIVO DE TRATAMIENTO

ENFERMEDAD CONCOMITANTE

- | | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Inicio de tratamiento | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Trasplantado | <input type="checkbox"/> IRCT / HD |
| <input type="checkbox"/> Continuación de tratamiento | <input type="checkbox"/> Neoplasia activa | <input type="checkbox"/> Colagenopatía | <input type="checkbox"/> Post operado | <input type="checkbox"/> Postrado crónico |
| <input type="checkbox"/> Terapia secuencial EV/VO | <input type="checkbox"/> ICC | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Rotación del antibiótico | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | |
| <input type="checkbox"/> Profilaxis antibiótica | | | | |
| <input type="checkbox"/> Resultado microbiológico | | | | |
| <input type="checkbox"/> RAMs | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros | | | | |

DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN A TRATAR

CIE - 10

--	--

IIIH SI () NO ()

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CULTIVOS

FECHA DE Ex:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Ex. Orina | <input type="checkbox"/> Uro cultivo | <input type="checkbox"/> Secreción de |
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> Citoquímico | <input type="checkbox"/> Hemocultivo | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Dx por imágenes | <input type="checkbox"/> Gram de | <input type="checkbox"/> Catéter Venoso Central | |

ANTIMICROBIANO	Considerar función renal, peso corporal, estado inmunológico, sitio y severidad de infección, susceptibilidad microbiana, uso de vía oral.			
	DOSIS	INTERVALO	VÍA	DURACIÓN

OBSERVACIONES

--

.....
**MEDICO TRATANTE
FIRMA Y SELLO**

ATM de Reserva:
Meropenem 500 mg INY
Vancomicina 500 mg INY
Fluconazol 2mg/ml x 100 ml INY

Ertapenem 1 g INY
Caspofungina 50 y 70 mg INY

Imipenem + cilastatina 500 mg + 500 mg/INY
Ceftazidima 1g INY