

## SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000291

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037  
N° E/M : 00288

Señores :		R.U.C. :
Dirección :		
Teléfono :	Fax :	
Email :	Fecha :	Moneda : S/.
Concepto :	REQUERIMIENTO DE FOLDER Y FORMATOS PARA LA OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA DEL HRGDV-A	

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
10000	UNIDAD	475100040862	FOLDER IMPRESO EN CARTULINA FOLCOTE PARA HISTORIA CLINICA 26 cm X 36 cm  SE REQUIERE: FOLDER PARA HISTORIAS CLINICAS CON FRANJA A COLOR EN PAPEL FOLCOTE TROQUELADO CALIBRE 16 (GROSOR DEL FOLDER) 10 COLORES DIFERENTES SEGÚN MODELO ADJUNTO 1 MILLAR POR CADA COLOR DE FOLDER		
8000	UNIDAD	475100054464	FORMATO RETIRO VOLUNTARIO		
8000	UNIDAD	475100055994	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS BLOCK X 100  SE REQUIERE: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE EMERGENCIA (AMBAS CARAS)		
8	MILLAR	475100015312	FORMATO ANAMNESIS		
8	MILLAR	475100015315	FORMATO BALANCE HIDRICO  SE REQUIERE: FORMATO DE HOJA DE REGISTRO DE BALANCE HIDRICO (AMBAS CARAS)		
8	MILLAR	475100056971	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCION DE SALUD		
8	MILLAR	475100015320	FORMATO DE EPICRISIS		
8	MILLAR	475100016238	FORMATO DE EXAMEN CLINICO		
8	MILLAR	475100015322	FORMATO DE HOJAS GRAFICAS		

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 :

Requerimientos Técnicos:  
Descripción del ítem  
Características Adicionales



## SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000291

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037  
N° E/M : 00288

Señores :		R.U.C. :
Dirección :		
Teléfono :	Fax :	
Email :	Fecha :	Moneda : S/.
Concepto :	REQUERIMIENTO DE FOLDER Y FORMATOS PARA LA OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA DEL HRGDV-A	

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
8	MILLAR	475100019370	FORMATO DE MONITOREO Y BALANCE HIDRICO		
15	MILLAR	475100016090	FORMATO DE TERAPEUTICA		
15	MILLAR	475100015841	FORMATO EVOLUCION CLINICA		
8	MILLAR	475100018016	FORMATO HIS (HOJA DE REGISTRO DE ATENCION DIARIA) <b>SE REQUIERE: FORMATO HIS (AMBAS CARAS)</b>		
15	MILLAR	475100015950	FORMATO HOJA DE EXAMENES AUXILIARES		
15	MILLAR	475100015330	FORMATO INTERCONSULTA		
15	MILLAR	475100051966	FORMATO KARDEX DE ENFERMERIA <b>SE REQUIERE: FORMATO DE KARDEX DE ENFERMERIA (AMBAS CARAS)</b>		
15	MILLAR	475100015332	FORMATO NOTAS DE ENFERMERIA		
8	MILLAR	475100015363	FORMATO ORDENES MEDICAS  <b>SE ADJUNTAN ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>		
<b>TOTAL</b>					

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:  
Descripción del ítem  
Características Adicionales



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

Órgano y/o Unidad Orgánica:	<b>UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA</b>
Actividad del POI:	C0011- GESTION ADMINISTRATIVA
Denominación de la Contratación:	ADQUISICIÓN DE FOLDER PARA HISTORIAS CLINICAS Y FORMATOS DIVERSOS PARA EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – ABANCAY – APURIMAC

**I. FINALIDAD PÚBLICA (Obligatorio)**

El presente proceso busca contar con la adquisición permitirán la atención medica en las diferentes especialidades que oferta el Hospital regional Guillermo Diaz de la Vega.

**II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO (Obligatorio)**


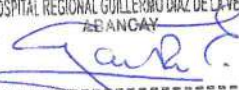
Contar con folder de historias clínicas garantizara el contenido médico-legal, garantizando la confidencialidad, orden y conservación de los registros del paciente, utilizando materiales duraderos para el archivo físico, así como también Formatos para la atención del paciente

**III. CARACTERISTICAS Y CONDICINES DE LOS BIENES A CONTRATAR (Obligatorio)**

3.1 Descripción de los bienes a contratar

Ítem	Cantidad	Unidad de medida	Descripción del bien
01	10000	UNIDAD	FOLDER PARA HISTORIAS CLINICAS CON FRANJA A COLOR PAPEL FOLCOTE <b>CARACTERISTICAS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ TROQUELADO</li> <li>○ CALIBRE 16 (GROSOR DEL FOLDER)</li> <li>○ 10 COLORES DIFERENTES SEGÚN MODELO ADJUNTO</li> <li>○ 1000 UNIDADES POR COLOR</li> <li>○ LOS COLORES SERAN SEGÚN COLOR DE FOLDER ADJUNTO</li> <li>○ Las medidas <b>23 cm x 32 cm</b> según folder Adjunto</li> </ul>
02	08	MILLAR	FORMATO DE ANAMNESIS
03	08	MILLAR	FORAMTO DE REGISTRO BALANCE HIDRICO <b>(AMBAS CARAS)</b>
04	08	MILLAR	FORMATO DE EPICRISIS
05	08	MILLAR	FORMATO DE HOJAS GRAFICAS
06	15	MILLAR	FORMATO DE INTERCONSULTA
07	15	MILLAR	FORMATO DE NOTAS DE ENFERMERIA
08	08	MILLAR	FORMATO ORDENES MEDICAS
09	15	MILLAR	FORMATO EVOLUCION CLINICA
10	15	MILLAR	FORAMTO DE EXAMENES AUXILIARES
11	15	MILLAR	FORMATO TERAPEUTICA
12	08	MILLAR	FORMATO DE EXAMEN CLINICO
13	08	MILLAR	FORMATO HIS <b>(AMBAS CARAS)</b>
14	08	MILLAR	FORMATO DE MINITOREO Y BALANCE HIDRICO
15	15	MILLAR	FORMATO KARDEX DE ENEFERMERIA <b>(AMBAS CARAS)</b>
16	8000	UNIDAD	FORMATO RETIRO VOLUNTARIO X 08 MILLARES
17	8000	UNIDAD	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE EMERGENCIA <b>(AMABS CARAS) X 08 MILLARES</b>

18	08	MILLAR	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCION DE SALUD
SE ADJUNTA FORMATOS DE REFERENCIA:			
<b>IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS (De corresponder)</b>			
En conformidad de siguiente Norma Técnica Peruana (NTP) equivalente, cuyo alcance involucra al proceso de fabricación del papel			
<b>V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN (De corresponder)</b>			
NO APLICA			
<b>VI. GARANTÍA COMERCIAL (Obligatorio)</b>			
NO APLICA			
<b>VII. MUESTRAS (De corresponder)</b>			
NO APLICA			
<b>VIII. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL (De corresponder)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona natural o jurídica</li> <li>• Estar habilitado para contratar con el estado</li> <li>• Contar con Registro Nacional de Proveedores vigente en el apartado de bienes.</li> <li>• RUC Activo y Habido</li> </ul>			
<b>IX. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA (Obligatorio)</b>			
<p><b>Lugar:</b> Se realizará la entrega en el <b>ALMACEN CENTRAL</b> del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay.</p> <p><b>Plazo:</b> Por un plazo de <b>05 DÍAS CALENDARIOS</b> a partir del día siguiente de la notificación de la orden de compra.</p>			
<b>X. CONFORMIDAD (Obligatorio)</b>			
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 EL AREA USUARIA, en el plazo máximo de siete (07) días computados desde el día siguiente de producida la recepción.			
<b>XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO (Obligatorio)</b>			
<p>El pago se realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del Contratista, en moneda nacional, en un <b>ÚNICO PAGO</b>, en 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acta de Conformidad de la recepción</li> <li>- Guía de remisión</li> </ul>			


 HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA  
 ABANCAY  
  
 Ing. Elvis C. Gamarra Román  
COORDINADOR GENERAL DE MEDICINA

**- Comprobante de Pago - 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)**

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)**

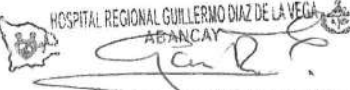
A la suscripción del contrato o de la formalización de la Orden, el Contratista declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de manera directa o indirecta, al (los) evaluador (es) del proceso de contratación o 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

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA  
ABANCAY  
  
Ing. Elvis C. Gamarrá Román  
JEFE DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA

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.

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA  
ABANGAY



Ing. Elvis P. Gansara Román  
JEFE DE ESTADISTICA E INFORMATICA

-----  
Firma  
Área usuaria o técnica estrategia



## RETIRO VOLUNTARIO

**Fecha:**...../...../..... **Hora:** ..... **N° HCL:** .....

Yo .....Paciente de la cama  
N°.....del servicio de .....me retiro voluntariamente  
a pesar de ser informado (a) de los riesgos, daños que ocasione al retirarme del hospital y exonero de toda  
responsabilidad al hospital a (los) médicos(s) tratantes de mi enfermedad y firmo al pie del presente.

---

**FIRMA DEL PACIENTE**

(o representante legal en caso de ser menor  
de edad)

Nombres y Apellidos:.....

Documento de identidad .....

Huella Digital .....



---

**FIRMA DEL MEDICO INFORMANTE**

Nombres y Apellidos:.....

CMP .....

---

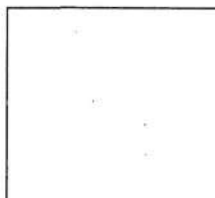
**FIRMA DEL TESTIGO**

Nombres y Apellidos:.....

Documento de identidad .....

Parentesco .....

Huella Digital .....



# MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE EMERGENCIA

Nombre del Centro Asistencial:.....

Servicio:.....

N° de cama:.....

Yo, Don/doña:.....; de

..... de edad, de sexo..... identificado con ..... en mi calidad de

paciente (o) Don/doña....., de .....de edad;

de sexo..... Identificado con ..... de parentesco

.....en calidad de Representante

Legal en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente, declaro haber mantenido una

reunión con el/los médicos (s) que tratan, Dr. (es) .....

.....

.....

miembros del Servicio donde vengo siendo atendido, quienes mostrando respeto, paciencia y

dedicación para con mi caso y mi persona mehan (n) informado ampliamente acerca de mi enfermedad

de los estudios que podrían ser necesarios para lograr su diagnóstico definitivo y de el/los tratamientos

(s) que ella requiere.

He comprendido que las molestias para las que he consultado están provocadas por la enfermedad

que padezco, que es .....

según me informan el /los médicos(s) que me tratan, y que el tratamiento que me han(n) propuesto es

.....

.....

.....

A su vez me ha(n) informado de las molestias o consecuencias previsibles de dicho acto médico,

además de los posibles riesgos o complicaciones del procedimiento quirúrgico en mención, así como

de sus ventajas y beneficios .....

.....

Y soy consciente de mis riesgos personalizados que son .....

pueden aumentar la probabilidad de complicaciones..... los cuales

.....

Asimismo, declaro haber recibido la visita de médico(s) anestesiólogo(s), quien(s) me ha(n) explicado

los beneficios y riesgos del tipo de anestesia a utilizar.

Los facultivos me han asegurado se tomararán todas las medidas y precauciones para reducir en lo

posible el riesgo y las posibles complicaciones de la enfermedad de la intervención quirúrgica y de la

anestesia .....

También me ha(n) informado acerca de las consecuencias o riesgos de no aceptar el tratamiento, las

mismas que son .....

.....

Se me ha explicado y he comprendido que la firma de presenta documento no exime de responsabilidad

a mi(s) médico(s) tratante (s , y que en cualquier momento puedo comunicar mi necesidad de revocar

el consentimiento que ahora puedo prestar.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria, luego de haber escuchado las explicaciones que se me han facilitado, y dando fe de la disposición que ha(n) mostrado el/los médico(s) que me ha(n) atendido, quien(es) me ha(n) permitido realizar todas las observaciones y ha(n) intentado aclarar todas las dudas y preguntas que le(s) he planteado, en la brevedad que amerita mi caso, sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni manipulación por parte de el/ellos, ni por ningún otro personal de salud, y luego de haber leído detenidamente el documento de autorización que se me ha alcanzado .

Manifiesto lo siguiente; Deberá ser llenado por el/ la paciente

Que me considero SATISFECHO .....INSATISFECHO ..... con la información recibida en la premura del tiempo y que COMPRENDO..... NO COMPRENDO ..... la indicación, los beneficios, los riesgos y posibles complicaciones que podrían desprenderse de dicho acto médico. ....

Y en tales condiciones SI ..... NO ..... OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que se realice la cirugía propuesta.

En caso de otorgar mi consentimiento, además estoy de acuerdo a recibir la anestesia y el tratamiento médico que deriva de la intervención quirúrgica y en que se efectúe los estudios necesarios para lograr el diagnóstico definitivo de la enfermedad que actualmente presento. Así mismo admito los cambios del procedimiento quirúrgico y anestésico que los médicos consideren indispensables en mi beneficio, los cuales también me han sido explicados. Y por ende, acepto el riesgo de vida propio del acto quirúrgico y la anestesia.

Cualquiera haya sido mi decisión, guardo en mi poder una copia idéntica de este documento que me ha ofrecido el/ los médico(s) y firmo el presente en pleno uso de mis facultades mentales, el mismo que debe incluirse en mi Historia Clínica obligatoriamente.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE  
(o del Representante Legal en caso de incapacidad del paciente)  
Nombres y apellidos:

.....

Documento de Identidad: .....

HUELLA DIGITAL: .....

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO INFORMANTE  
Nombres y Apellidos:.....

.....

CMP: .....

.....

Cualquiera sea la decisión del paciente sobre el procedimiento quirúrgico, de ser posible deberá firmar también el testigo.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

Nombres y Apellidos:

Documento de Identidad:

Parentesco:

HUELLA DIGITAL:

Fecha: ...../...../..... Hora:





Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay

# HOJA DE REGISTRO DE BALANCE HIDRICO

Carq 1

PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 201 \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_

HORA	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	TOTAL
TEMPERATURA													
F.C.													
F.R.													
PRESIÓN ARTERIAL													
So2													
SOLUCION E.V.													
TERAPIA E.V.													
TERAPIA V.O.													
LECHE MATERNA													
FORMULA LACTEA													
DIETA LIQUIDOS													
AGUA METABOLICA													
HECES													
CARACTERISTICAS													
ORINA													
VOMITOS													
RESIDUO GASTRICO													
DRENAJES													
PERDIDAS INSENSIBLES													

INGRESOS \_\_\_\_\_ EGRESOS \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ BH= \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_  
Talla: \_\_\_\_\_ E: \_\_\_\_\_  
P. C. : \_\_\_\_\_  
P. T. : \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Enfermero \_\_\_\_\_ TOTAL: \_\_\_\_\_



# HOJA DE REGISTRO DE BALANCE HIDRICO

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay

PACIENTE:  /  / 201  SERVICIO:  CAMA:

HORA	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	TOTAL
TEMPERATURA																									
F.C.																									
F.R.																									
PRESIÓN ARTERIAL																									
So2																									
SOLUCION E.V.																									
TERAPIA E.V.																									
TERAPIA V.O.																									
LECHE MATERNA																									
FORMULA LACTEA																									
DIETA LIQUIDOS																									
AGUA METABOLICA																									
HECES																									
CARACTERISTICAS																									
ORINA																									
VOMITOS																									
RESIDUO GASTRICO																									
DRENAJES																									
PERDIDAS INSENSIBLES																									

INGRESOS

EGRESOS

Peso:  I:  BH=

Talla:  E:

P. C.:

P. T.:

Firma y Sello del Enfermero  TOTAL:



**EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCION DE SALUD**



Fecha:..... de..... del 202 ..... Hora: .....

Yo, ..... con DNI. N° .....e

Historia Clínica N° ....., declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo 013-2006-SA; Si ( ) No ( ) doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado (a);

SI consiento que sea grabado: Video ( ) Audio ( ) Toma fotográfica ( )  
 NO consiento que sea grabado: Video ( ) Audio ( ) Toma fotográfica ( )

.....  
 Firma o huella digital del paciente o representante legal  
 D.N.I. ....

.....  
 Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento  
 D.N.I. ....

**REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Fecha: ..... de ..... del 202 .....

.....  
 Firma y sello del paciente o representante legal  
 D.N.I. ....

.....  
 Firma y sello del profesional de la salud que recibe la revocatoria  
 D.N.I. ....  
 Nota: Cualquier profesional de la salud.



**EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCION DE SALUD**



Fecha:.....de..... del 202 ..... Hora: .....

Yo, ..... con DNI. N° .....e

Historia Clínica N° ....., declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo 013-2006-SA; Si ( ) No ( ) doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado (a);

SI consiento que sea grabado: Video ( ) Audio ( ) Toma fotográfica ( )  
 NO consiento que sea grabado: Video ( ) Audio ( ) Toma fotográfica ( )

.....  
 Firma y sello del paciente o representante legal  
 D.N.I. ....

.....  
 Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento  
 D.N.I. ....

**REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Fecha: ..... de ..... del 202 .....

.....  
 Firma y sello del paciente o representante legal  
 D.N.I. ....

.....  
 Firma y sello del profesional de la salud que recibe la revocatoria  
 D.N.I. ....  
 Nota: Cualquier profesional de la salud.

11. procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos Realizados (Anotar en Orden de importancia)

	CPT99			
1				
2				
3				
4				
5				

**Datos del Egreso del Servicio**

12. FECHA Y HORA DE EGRESO

Año	Mes	Día	Hora								

13. ESTADIA TOTAL

Días			

14. TIPO DE ALTA

Alta por indicación médica

Fuga

Alta voluntaria o contra  
Indicación médica

Referencia

15. Condición de alta (Marcar con un aspa o cruz):

Curado  Mejorado  Inalterado  Fallecido

17. Pronóstico (Marcar con un aspa o cruz):

Bueno  Reservado  Malo

16. En caso de referencia indicar  
Establecimiento de destino


18. Diagnóstico Principal

1 \_\_\_\_\_

19. Diagnóstico Secundarios

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_


**Información sobre Mortalidad**

20. Se realizó necropsia? (Marca con un aspa o cruz) Si  No

21. Indicar las causas de la muerte:

Causa Final \_\_\_\_\_  
Causa Intermedia \_\_\_\_\_  
Causa Básica \_\_\_\_\_

CIE 10			

**Información sobre Nacimiento y Muerte Fetal/Perinatal**

Información del Nacimiento (Marcar con aspa o cruz la condición y sexo)	22. Condición		23. Sexo		24. Peso Gramos	25. Talla Cm.	26. Edad semanas	27. Fecha de nacimiento		
	vivo	muerto	M	F				Año	Mes	Día
Primero/Unico										
Segundo										
Tercero										

Muerte Fetal/Perinatal

28. Causa Materna

1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_

CIE 10			

29. Causa Fetal/Perinatal

1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_

CIE 10			

Firma del Medico

N° de Colegiatura.....



**NORMA DEL HOSPITAL:** Debe anotarse todo los signos importantes

<b>EXAMEN</b>	Fecha : _____ Edad : _____ Sexo : _____ Peso : _____			
	Temperatura : _____ Pulso : _____ Respiración : _____ Presión : _____			
<b>EXAMEN GENERAL</b>				
<b>EXAMEN REGIONAL</b>				
<b>1. PIEL</b>				
<b>2. OJOS</b>				
<b>3. OÍDOS</b>				
<b>4. NARIZ</b>				
<b>5. BOCA</b>				
<b>6.- GARGANTA</b>				
<b>7. DIENTES</b>				
<b>8. CUELLO</b>				
<b>9. TÓRAX</b>				
<b>10. PULMONES</b>				
<b>11. CORAZÓN</b>				
<b>12. MAMAS</b>				
<b>13. ABDOMEN</b>				
<b>14. URINARIO</b>				
<b>15. LINFÁTICOS</b>				
<b>16. VASOS</b>				
<b>17. LOCOMOTOR</b>				
<b>18. EXTREMIDADES</b>				
<b>19. NECROLÓGICOS</b>				
<b>- Funciones superiores</b>				
<b>- Funciones Inferiores</b>				
<b>20. RECTAL</b>				
<b>21. GINECOLÓGICO</b>				
<b>22. DIAGNOSTICO</b>				
<b>23. FIRMA</b>				
<b>APELLIDOS</b>	<b>NOMBRES</b>	<b>SERVICIOS</b>	<b>CAMA</b>	<b>HIST. CLÍNICA</b>

**EXAMEN CLÍNICO**

**SIS:**



## HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA ABANCAY

### FORMATO DE BALANCE HÍDRICO POR 24 HORAS

NOMBRES Y APELLIDOS  SERVICIO:

TIPO Y N° DE SEGURO:  SIS  OTROS:  N° CAMA

HORA DE INGRESO:  HCL:  EDAD:

FECHA  /  /20  PESO:

TURNO	INGRESOS							EGRESOS						
	VIA PARENTERAL				VIA ORAL			DIUR	SNG	DRE/PR	DRE/KER	VOM/SIA.	HEC.	P.INS
	DX 5%	Cl Na 9*1000/ POLIELE	INY/EV	TRANSF	DIETA/SNG	LÍQUIDOS ORALES	A.MET							
MAÑANA														
TARDE														
NOCHE														
TOTAL														

INGRESOS  EGRESOS  BALANCE

SELLO Y FIRMA:

FECHA  /  /20

TURNO	INGRESOS							EGRESOS						
	VIA PARENTERAL				VIA ORAL			DIUR	SNG	DRE/PR	DRE/KER	VOM/SIA.	HEC.	P.INS
	DX 5%	Cl Na 9*1000/ POLIELE	INY/EV	TRANSF	DIETA/SNG	LÍQUIDOS ORALES	A.MET							
MAÑANA														
TARDE														
NOCHE														
TOTAL														

INGRESOS  EGRESOS  BALANCE

SELLO Y FIRMA:

FECHA  /  /20

TURNO	INGRESOS							EGRESOS						
	VIA PARENTERAL				VIA ORAL			DIUR	SNG	DRE/PR	DRE/KER	VOM/SIA.	HEC.	P.INS
	DX 5%	Cl Na 9*1000/ POLIELE	INY/EV	TRANSF	DIETA/SNG	LÍQUIDOS ORALES	A.MET							
MAÑANA														
TARDE														
NOCHE														
TOTAL														

INGRESOS  EGRESOS  BALANCE





**NORMA DEL HOSPITAL:** Cada evaluación debe ir seguida de la firma y sello del Médico

---

<b>FECHA:</b>	<b>EXAMEN SUBJETIVO</b>	<b>(S)</b>	<b>APRECIACIÓN CLINICA</b>	<b>(A)</b>
<b>HORA:</b>	<b>EXAMEN OBJETIVO</b>	<b>(O)</b>	<b>PLAN ESTUDIO, TRATAM</b>	<b>(P)</b>

---

---

**APELLIDOS**

**NOMBRES**

**SERVICIOS**

**CAMA**

**HIST. CLÍNICA**

---

**EVOLUCIÓN CLINICA**

LOTE [ ]

PAGINA [ ]

FECHA PROCES. [ ]

DNI DIGITADOR [ ]

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS MINSA

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION
OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

1 TURNO
M T N

Table with 22 columns: AÑO, MES, NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS), UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS), NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN, DNI, DIA, D.N.I., HISTORIA CLINICA, GESTANTE/PUERPERA, FINANCIAMIENTO, DISTRITO DE PROCEDENCIA, ETNIA, CENTRO POBLADO, EDAD, SEXO, PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL, EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA, ESTABLECIMIENTO, SERVICIO, DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD, TIPO DE DIAGNÓSTICO, VALOR LAB, CÓDIGO CIE/CPMSS.

ITEMS 09: FINANCIADOR DE SALUD
ITEMS 15: PC = Perimetro cefalico, Pab = Perimetro Abdominal, Ppreg = Peso Pregestacional
ITEMS 16: PESO = kg, TALLA = Cm, Hb = Valor
ITEMS 17 Y 18: N= PACIENTE NUEVO, C= PACIENTE CONTINUADOR, R= PACIENTE REINGRESANTE
FECHA DE ULTIMA REGIA: Si no se cuenta con el dato se registrara la fecha de la primera ecografia

(\* Opcional

2	3	4	5	6																			
AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
													DNI										
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20			21			22		
DIA		D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO-ABDOMINAL-PESO PREGESTACIONAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD			TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE/CPMSS		
		HISTORIA CLINICA		ETNIA	CENTRO POBLADO							P	D	R	1*	2*	3*						
		GESTANTE/PUERPERA																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							
(*)FECHA DE NACIMIENTO:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:																
						A	M	PC		PESO		N	N	1.				P	D	R			
						M		Pab		TALLA		C	C	2.				P	D	R			
						D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.				P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							
(*)FECHA DE NACIMIENTO:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:																
						A	M	PC		PESO		N	N	1.				P	D	R			
						M		Pab		TALLA		C	C	2.				P	D	R			
						D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.				P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							
(*)FECHA DE NACIMIENTO:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:																
						A	M	PC		PESO		N	N	1.				P	D	R			
						M		Pab		TALLA		C	C	2.				P	D	R			
						D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.				P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							
(*)FECHA DE NACIMIENTO:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:																
						A	M	PC		PESO		N	N	1.				P	D	R			
						M		Pab		TALLA		C	C	2.				P	D	R			
						D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.				P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							
(*)FECHA DE NACIMIENTO:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:																
						A	M	PC		PESO		N	N	1.				P	D	R			
						M		Pab		TALLA		C	C	2.				P	D	R			
						D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.				P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							
(*)FECHA DE NACIMIENTO:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:																
						A	M	PC		PESO		N	N	1.				P	D	R			
						M		Pab		TALLA		C	C	2.				P	D	R			
						D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.				P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							
(*)FECHA DE NACIMIENTO:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:																
						A	M	PC		PESO		N	N	1.				P	D	R			
						M		Pab		TALLA		C	C	2.				P	D	R			
						D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.				P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							
(*)FECHA DE NACIMIENTO:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:																
						A	M	PC		PESO		N	N	1.				P	D	R			
						M		Pab		TALLA		C	C	2.				P	D	R			
						D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.				P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							
(*)FECHA DE NACIMIENTO:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:																
						A	M	PC		PESO		N	N	1.				P	D	R			
						M		Pab		TALLA		C	C	2.				P	D	R			
						D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.				P	D	R			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																							
(*)FECHA DE NACIMIENTO:		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:					FECHA DE ULTIMA REGLA:																
						A	M	PC		PESO		N	N	1.				P	D	R			
						M		Pab		TALLA		C	C	2.				P	D	R			
						D	F	Ppreg		Hb		R	R	3.				P	D	R			



**FECHA**  /  /202

**HORA**  :  Hrs.

**Interconsulta en 24 Horas ( )**

**PACIENTE**

**CAMA**

**Diagnóstico Presuntivo**

**Enfermedad Actual:**

**Motivo de Consulta:**

**Firma del Médico Solicitante**

**Fecha y hora**

**Descripción de Hallazgos:**

**Exámenes y/o procd. Realizados:**

**Diagnostico:**

**Recomendaciones:**

**Firma del Médico Consultado**

## INTERCONSULTA











H/CL. N°

HISTORIA N° .....

APELLIDOS: .....  
*Apellido Paterno* *Apellido Materno*

NOMBRE(ES): .....

**MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL  
“GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA”  
ABANCAY**