

“Año del del Bicentenario, de la Consolidación de nuestra Independencia y de la
Commemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”



SOLICITUD N° 58 – 2024 – HRC- PPRC

A : Dr. CARLOS GAMARRA VALDIVIA.
Director Ejecutivo del Hospital Regional Cusco

DE : Dr. RUBEN COAQUIRA MAMANI.
Jefe del servicio de Gastroenterología.

ATENCION : OFINA DE LOGISTICA

ASUNTO : **COPIAS DE LOS FORMATOS DE SOLICITUD DE IMÁGENES .
LABORATORIO, Y INFORME MEDICO PARA SOLICITUD DE TEM.RMN Y OTROS**

FECHA : CUSCO 28 DE ABRIL DEL 2025.

Previo un cordial saludo, Me es grato dirigirme a Ud. con la finalidad de solicitar, **COPIAS DE LOS FORMATOS DE SOLICITUD DE IMÁGENES. LABORATORIO, Y INFORME MEDICO PARA SOLICITUD DE TEM.RMN Y OTROS**, para, del servicio de gastroenterología.

- **COPIAS DE LOS FORMATOS DE SOLICITUD DE IMÁGENES. 5 MILLARES**
- **LABORATORIO. 5 MILLARES**
- **INFORME MEDICO PARA SOLICITUD DE TEM.RMN Y OTROS 5 MILLARES**
- **CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ENDOSCOPIA 5 MILLARES**

Se adjunta formato de lo solicitado

POR LO EXPUESTO: Ruego a usted acceder a mi solicitud.

008271

HOSPITAL REGIONAL CUSCO
MINISTERIO DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL CUSCO
FARMACIA HOSPITALITARIO
05 MAY 2025
11:16
SOLICITUD: 01
FIRMA



HOSPITAL REGIONAL CUSCO

SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ N° PREFACTURA: _____
CONDICIÓN DEL PACIENTE: SIS () PARTICULAR () OTROS: _____
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: _____ EDAD: _____ SEXO: (M) (F) _____
CONSULTORIO () HOSPITALIZACIÓN () SERVICIO: _____ N° HISTORIA CLÍNICA: _____
N° DE REGISTRO: _____
(Llenado en Laboratorio)

PERFILES

- Lipídico (COLEST + HDL + LDL + TRIGLI)
- Hepático (TGO+TGP+FOSF.ALC+BILIRRUBINAS)
- Pre-Operatorio (HMA+GLU+UREA+CREA+GSyRh+TC+TS)
- Tiroideo (T3 total + T4 libre + TSH)

HEMATOLOGICO

- Células L.E.: (85999)
- 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 (85384)
- Velocidad de Sedimentación Globular (85651)

INMUNOLÓGICO

- Aglutinaciones Típicas, Paratípicas (86000)
- Antiestreptolisina Latex (86060)
- Aglutinación para Brucella (86008)
- Factor Reumatoideo Latex (86430)
- PCRLatex (86140)
- T4libre (84439)
- T3 (84480)
- T4 Total (84436)
- TSH (84443)
- BHCG Cualitativo Suero () Orina () (81025)
- BHCG Cuantitativo (84702)
- PSA Libre (84154)
- PSA Total (84152)

BIOQUÍMICA

- Acido Úrico (84550)
- ADA Serico (82020)
- Test de ADA en Líquidos Corporales (82020)
- Bioquímicos de Líquidos Corporales (82020)
- Glucosa (82945)
- Proteínas (89157)
- Amilasa (82150)
- Bilirrubinas T y F (82247)
- Calcio (82310)
- Colesterol HDL (83718)
- Colesterol LDL (86721)
- Colesterol Total (82465)
- CPK Total (82550)
- CPK MB (82553)
- Creatinina (82570)
- Deshidrogenasa láctica (83615)
- Fosfatasa Alcalina (84075)
- Fósforo (84100)
- CGTP (82977)
- Glucosa (82948)
- Glucosa Post. Prandial (82950)
- Hemoglobina glicosilada (83036)
- Lipasa (83690)
- Proteínas Totales y Fraccionadas (82951)
- Tolerancia a la glucosa (82951)
- Transaminasas TGO () TGP () (84450) (84460)
- Triglicéridos (84478)
- Urea (84520)

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)

PARASITOLÓGICO

- Reacción inflamatoria (89055)
- Parasitológico simple (87177)
- Parasitológico Seriado (87177)
- Test de Graham (87172)
- Benedict (87179)
- Coprofuncional (87179)
- Sangre Oculta, Thevenon (82270)

MICROBIOLOGÍA

- Examen directo:
- Especificar: _____
- Ob. directa en KOH (87220)
- Búsqueda de Acaros (87220)
- Coloración Gram (87205)
- Urocultivo (87087)
- Hemocultivo (87040)
- Coprocultivo (87045)
- Cultivo de Secreciones (87070)
- Cultivo para Hongos (87102)
- Citológico de Líquidos Corporales (89050)
- Cultivo de Líquidos Corporales (87070)
- Especificar: _____
- Espermatograma (89320)

EXÁMENES CON FICHA EPIDEMIOLÓGICA

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

Fecha y Hora de Solicitud

Fecha y Hora de toma de muestra

Firma y Sello del Médico tratante

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 ES 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 de Autorización de SIS



SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMO-PATOLOGICO

Nombre:.....
Servicio:..... Cama:..... DNI:..... Edad:..... Sexo:..... HCL:.....
Dirección:..... Telefono:.....

IDENTIDAD DE LA MUESTRA

Muestra remitida: 1).....
2).....
Tipo de muestra:

- Biopsia quirúrgica. Pieza operatoria.
 Revisión de láminas. Block cell.
 Otros

Código de muestra:

Datos clínicos:.....

Impresión Diagnostica:.....

Cusco,.....de.....del 20....

Fecha de recepción:...../...../.....

Hora de recepción:.....

Costo:.....

Firma y sello del Med. Solicitante:.....

NOTA: Remitir orden única con datos legibles completos.



SOLICITUD DE EXÁMENES DE IMAGENOLOGIA

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

GRAFIA ECOGRAFIA TAC RM ENDOSCOPIA CEPRE
MAMOGRAFÍA ECODOPPLER

E: EDAD: SEXO M F
): H.C. CAMA N°

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

NICOS:
.....
.....

DIAGNÓSTICA
.....
.....

.....20 HORA: ____: ____

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO SOLICITANTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO UNIDAD DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

Yo,.....,edad.....Identificado con DNI.....Distrito.....

*Familiar (relación con paciente/DNI).....

En pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud (LEY 26842- Ley General de Salud), declaro haber recibido y entendido la información brindada en forma respetuosa, sencilla y clara, por el Dr.....

Identificado con CMP.....,sobre el estado de salud que padezco o padece mi familiar, los riesgos reales y potenciales que se pueden presentar como consecuencia de la enfermedad actual, de los estudios y tratamientos que ella requiere.

Padezco de.....el procedimiento propuesto se denomina:

- **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (X)** La cual es una exploración que permite la observación detallada y completa del esófago estómago y duodeno. Para realizarla se introduce un tubo flexible a través de la boca, capaz de transportar luz e imagen, y a la vez se inyecta aire en el estómago para favorecer su visualización. En el curso de la exploración, si fue necesario, se pueden tomar biopsias, inyectar sustancias que permitan controlar hemorragias activas. Durante este procedimiento se podrá realizar tratamientos como extracción de pólipos mediante una polipectomía o mucosectomía, ligadura de varices esofágicas, esclerosis de varices gástricas, inyectoterapias y/o otro método de hemostasia en caso de hemorragias digestivas, dilatación de estenosis esofágicas, gastrostomías entre otros.
- **COLONOSCOPIA ()** Es un procedimiento, el cual permite un revisión del canal anal, recto, colon y parte distal de intestino delgado. Para realizarla se introduce un tubo flexible a través del canal anal insuflando aire para generar una adecuada visualización de los pliegues del colon, para detectar lesiones como pólipos, entre otros. En el curso de la exploración se pueden tomar biopsias, inyectar sustancias que permitan controlar hemorragias activas. Durante este procedimiento se podrá realizar tratamientos como extracción de pólipos mediante una polipectomía o mucosectomía, inyectoterapias y/o otro método de hemostasia en caso de hemorragias digestivas.
- **COMPLICACIONES:** Las complicaciones que usted podría tener al someterse a estos procedimientos son de carácter leve, como molestias al deglutir, sangrado por lesión de ingreso de endoscopio, distensión abdominal, dolor abdominal. Pero también pueden producirse complicaciones mayores como perforación intestinal, sangrado masivo que pueden ser controladas con terapias endoscópicas o quirúrgicas de ser necesarias.
- **BENEFICIOS:** Al realizarse estos procedimientos endoscópicos, usted obtiene la detección de lesiones tumorales o lesiones sangrantes, que podrían ser beneficiarias de un tratamiento
- **SEDACION:** Los procedimientos endoscópicos son realizados bajo sedación endovenosa (Midazolam) por lo cual se puede presentar raras veces depresión respiratoria. Para estas situaciones se cuenta con antagonistas (flumazenil).
- Me he informado de las molestias o consecuencias – riesgos y complicaciones del procedimiento a realizarse, de igual modo las ventajas y beneficios de dicho procedimiento. Así también sobre la posibilidad de tratamientos alternativos, se ha referido a las consecuencias del no tratamiento.
- El médico me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos en uso o cualquier otra circunstancia. También me he informado que en el caso de ser diabético, hipertenso u obeso u otra comorbilidad, puede aumentar la frecuencia de riesgos u complicaciones.
- He sido informado de la necesidad de acudir acompañado de un adulto que se responsabilice del traslado a mi domicilio concluido el procedimiento.
- He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.
- Por ello otorgo mi consentimiento en forma libre y voluntaria, para que se me realice el procedimiento sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni manipulación alguna.

Firma del paciente o responsable legal

DNI:

Firma del médico Informante

DNI:

REVOCATORIA: Yo,.....como paciente y/o
.....como su representante legal, revoco el consentimiento informado
prestado en fecha..... Y declaro por tanto que por motivos personales, no consiento en someterme (o que el
paciente se someta) al procedimiento propuesto.

.....
Firma del paciente o responsable legal

DNI