

TERMINOS DE REFERENCIA PARA PRESTACION DE SERVICIOS

UNIDAD OPERATIVA	0844
Nº CMN	
ACCIÓN ESTRATEGICA	5005267
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	RECURSOS ORDINARIOS
META	0152
ESPECÍFICA DE GASTO	2.3.2.7.11.6
DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	"SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO" PARA EL CENTRO DE SALUD MIITAR DE LA 3ª BRIGADA BLINDADA, AF-2026"

1. ÁREA USUARIA SOLICITANTE

Centro de Salud Militar de la 3ª Brigada Blindada.

2. FINALIDAD PÚBLICA

Como parte del funcionamiento del Centro de Salud Militar de la 3ª Brigada Blindada, para mantener la operatividad se requiere el SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO, del Centro de Salud Militar de la 3ª Brigada Blindada, asegurando la continuidad de las actividades administrativas institucionales programadas para el Año Fiscal 2026.

3. OBJETO DE LA CONTRATACION

Contratar una persona nacional o jurídica especializada, que realice los servicios de impresiones que requiere el Centro de Salud Militar de la 3ª Brigada Blindada.

4. ALCANCES Y DESCRIPCION DE SERVICIO

Nº	SERVICIO DE IMPRESIONES	CANTIDAD	OBS
1	RECIBO DE ATENCIONES DEL CSM 3ª BRIG BLIN CON Nº CORRELATIVO CON CALCA, PRIMERA HOJA BLANCO, COPIA VERDE	1 MILLAR	SEGÚN MODELO ANEXO: 1
2	RECETA UNICA EN A-5 CON CALCA HORIZONTAL ESTANDARIZADA- CON INDICACIONES, PRIMERA HOJA BLANCO COPIA VERDE	3 MILLAR	SEGÚN MODELO ANEXO: 2
3	FORMATO DE HOJA DE REFERENCIAS IAFAS EN A-4	1 MILLAR	SEGÚN EL MODELO ANEXO: 3
4	FORMATO DE HISTORIA CLINICA EN A-4	1 MILLAR	SEGÚN MODELO ANEXO: 4
5	FOLDER DE HISTORIAS CLINICAS TAMAÑO OFICIO	1 MILLAR	SEGÚN MODELO ANEXO: 5
6	FORMATO DESCANSO MEDICO E INDICACIONES EN A-5 HORIZONTAL, CON CALCA	1 MILLAR	SEGÚN MODELO ANEXO: 6
7	FORMATO DE FICHA ATENCION PSICOLOGICA EN A-4	1 MILLAR	SEGÚN MODELO ANEXO: 7
8	FORMATO DE HOJAS HISS EN TAMAÑO A-4, DOS CARAS	1 MILLAR	SEGÚN MODELO ANEXO: 8
9	FORMATO DE ATENCION DE TELE CONSULTA	1 MILLAR	SEGÚN MODELO ANEXO: 9

10	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN A-4 AMBAS CARAS	1 MILLAR	SEGÚN MODELO ANEXO: 10
11	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL	1 MILLAR	SEGÚN MODELO ANEXO: 11
12	FORMATO DECRETO DE DOCUMENTOS RECIBIDOS MEDIDAS 10 X 11 CM	1 MILLAR	SEGÚN MODELO ANEXO: 12
13	FORMATO DE REFERENCIAS – MINSA EN A-4	1 MILLAR	SEGÚN MODELO ANEXO: 13

5. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL PROPUESTO

El proveedor, sea persona natural o jurídica, deberá cumplir con las siguientes condiciones mínimas:

5.1 Experiencia del Proveedor

Contar con experiencia en la prestación de servicios de impresiones, copiado, encuadernación y/o empastado, vinculados al objeto del servicio.

5.2 Experiencia del Personal Clave

No aplica, por tratarse de una contratación de menor cuantía.

5.3 Formación Académica

No aplica.

5.4 Capacitación

No aplica.

5.5 Otros

El proveedor deberá contar con RUC activo y habido.

6. LUGAR Y PLAZO DE PRESTACION DE SERVICIO

6.1 LUGAR:

La prestación del servicio se realizará en el lugar de la imprenta que prestará servicio.

6.2 PLAZO:

El plazo de ejecución del servicio será de 3 a 5 días calendario, contados a partir del día siguiente de la notificación de la orden de servicio, debiendo el proveedor cumplir con la entrega total del servicio en una sola entrega.

7. ENTREGABLES

No aplica entregable.

8. LUGAR DE PRESTACIÓN DE LOS ENTREGABLES

No aplica, por cuanto el servicio no contempla entregables formales, siendo la conformidad otorgada con la entrega física del servicio en la sede de la Entidad.

9. CONFORMIDAD DEL SERVICIO

La conformidad del servicio estará a cargo del Comité de conformidad de la prestación de servicios de la 3ª Brigada Blindada, usuario responsable de otorgar la conformidad del servicio y requisitos que debe cumplir el proveedor para el otorgamiento de la conformidad, para lo cual verifica el cumplimiento de los términos de referencia y control de calidad, de haberse establecido en el requerimiento. Dicha conformidad se emite en el plazo máximo de siete (07) días calendarios contabilizados desde el día siguiente de recibido el entregable, regulada y dispuesto en el artículo 144º del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

De existir observaciones, la DEC las comunica a EL CONTRATISTA, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar dependiendo de la complejidad o sofisticación de las subsanaciones a realizar. El plazo de subsanación no debe ser mayor del 30% del plazo del entregable correspondiente. Subsanadas las observaciones dentro del plazo otorgado, no corresponde la aplicación de penalidades.

10. FORMA DE PAGO:

El pago se realiza de conformidad con lo establecido en el artículo 67º de la Ley.

LA ENTIDAD CONTRATANTE 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 CONTRATANTE realiza el pago ÚNICO de la contraprestación pactada a favor del contratista en moneda nacional (sol peruano), en abono en la cuenta bancaria a través del banco de nación o de cualquier otra institución bancaria del sistema Financiero Nacional, para cuyo efecto EL CONTRATISTA comunicara su CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI), luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 144º 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 CONTRATANTE debe contar con la siguiente documentación:

- Copia del requerimiento
- Copia de la propuesta económica del proveedor
- Orden de Servicio
- Acta de conformidad de servicio.
- Acta de constatación de servicio

- Copia de la Factura electrónica
- Copia de la Carta de Autorización de Código de Cuenta Interbancaria (CCI)

11. PENALIDADES APLICABLES:

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, LA ENTIDAD CONTRATANTE le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso que le sea imputable. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad diaria} = 0.10 \times \frac{\text{monto}}{F \times \text{plazos en días}}$$

Donde F tiene los siguientes valores
F=0.40

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, al monto vigente del contrato, componente o ítem que debió ejecutarse o, en caso de que estos involucren entregables cuantificables en monto y plazo, al monto y plazo del entregable que fuera materia de retraso.

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD CONTRATANTE no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme al numeral 120.4 del artículo 120º del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

Las penalidades se deducen de los pagos a cuenta, pagos parciales o del pago final, según corresponda.

12. CONFIDENCIALIDAD Y PROPIEDAD INTELECTUAL

La información y material producido bajo los términos de esta contratación, tales como escritos, medios magnéticos, digitales, y demás documentación generados por la contratación, pasara a propiedad del Ejército del Perú. EL CONTRATISTA deberá mantener la confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de la información y documentación a la que se tenga acceso relacionada a la prestación.

13. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

EL CONTRATISTA es responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos por un plazo no menor de doce (12) meses contados a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD CONTRATANTE. El contrato puede establecer excepciones para bienes fungibles y/o perecibles, siempre que la naturaleza de estos bienes no se adecue a este plazo.

14. CLÁUSULA DE CUMPLIMIENTO (LEY DE PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL CONFLICTO DE INTERÉS EN EL ACCESO Y SALIDA DE PERSONAL DE SERVICIO PÚBLICO, LEY N° 31564)

Son causales de resolución de contrato la presentación con información inexacta o falsa de la Declaración Jurada de Prohibiciones e Incompatibilidad a que se hace referencia en la Ley de Prevención y mitigación del conflicto de interés en el acceso y salida de personal del servicio público. Asimismo, en caso se incumpla con los impedimentos señalados en el artículo 5 de dicha ley se aplicará la inhabilitación por cinco años para contratar o prestar servicios al Estado, bajo cualquier modalidad.

15. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO

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, a los evaluadores del proceso de contratación o cualquier servidor de LA ENTIDAD CONTRATANTE.

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 de manera oportuna ante las autoridades competentes los actos de corrupción o conducta funcional del cual tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato con el Ejército del Perú – Unidad o Dependencia

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 esta cláusula, durante la ejecución contractual, otorga a LA ENTIDAD CONTRATANTE el derecho de resolver por parte de un proveedor adjudicatario de los catálogos electrónicos de acuerdo marco, el incumplimiento de la presente cláusula conllevará que sea excluido de los catálogos electrónicos de acuerdo marco. En

ningún caso, dichas medidas impiden el inicio de las acciones civiles, penales y administrativas a que hubiera lugar.

16. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante conciliación.

Cualquiera de las partes tiene el derecho a solicitar una conciliación dentro del plazo de caducidad correspondiente, según lo señalado en el artículo 82° de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, sin perjuicio de recurrir al arbitraje, en caso no se llegue a un acuerdo entre ambas partes o se llegue a un acuerdo parcial. Las controversias sobre nulidad del contrato solo pueden ser sometidas a arbitraje.

17. ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

EL CONTRATISTA se compromete a guardar reserva de la información privilegiada que conociera en el ejercicio de sus funciones, tareas y demás actividades como parte de la ejecución de la prestación, no relevando en forma oral, escrita, ni por cualquier otro medio, hechos, datos, procedimientos, documentación e información de acceso restringido (confidencial), a la que tuviera acceso a partir del inicio de las prestaciones relacionadas con el referido servicio, manteniendo a la confidencialidad de la misma de manera permanente.

En caso que incumpliera con cualquiera de las obligaciones estipuladas en el presente acuerdo, LA ENTIDAD CONTRATANTE está autorizado a iniciar todas las acciones judiciales o extrajudiciales necesarias para resarcir del perjuicio, y la obligación de confidencialidad perdurará mientras la información conserve las características para considerarse confidencial.

18. GARANTÍAS

EL CONTRATISTA, de corresponder, entrega al perfeccionamiento de la Orden de Compra o Servicio la respectiva garantía incondicional, solidaria, irrevocable, y de realización automática en el país al solo requerimiento, a favor de LA ENTIDAD CONTRATANTE, en concordancia con el artículo 61 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, manteniéndose vigente hasta la conformidad de la conformidad de la prestación.

PERÍODO DE GARANTÍA

EL CONTRATISTA deberá otorgar una garantía mínima de seis (06) meses contados a partir de la conformidad de la prestación de servicios

INICIO DEL CÓMPUTO DEL PERÍODO DE GARANTÍA

El cómputo del periodo de garantía se iniciará a partir de la firma de la conformidad de la prestación de servicio.

19. RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

La recepción conforme de la prestación por parte de LA ENTIDAD CONTRATANTE no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 69 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas y 144 de su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

El plazo máximo de responsabilidad de EL CONTRATISTA es de un (01) año contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD CONTRATANTE.

20. GESTIÓN DE RIESGOS

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.

21. ANEXOS DE MODELOS Y MUESTRAS (ANEX: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13)

Moquegua, 28 de abril del 2026.



[Handwritten signature]

O-213890376-04
 CHRISTIAN J. TALAVERA GOMEZ
 CRL S ODO
 DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD MILITAR

ANEXO: 1



**CENTRO DE SALUD MILITAR DE LA
 3a BRIGADA BLINDADA**
 MOQUEGUA
 DIRECCIÓN: AV. EJERCITO CON AV. LA PAZ S/N

01

RECIBO
N° 000197

Señor(es): _____ FECHA

DIA	MESES	AÑO

CIP/DNI: _____

CANT.	DESCRIPCIÓN	TOTAL
TOTAL S/.		

CANCELADO

ANEXO: 3

ANEXO: 2

CENTRO DE SALUD MILITAR DE LA 3ra BRIGADA BLINDADA
RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

Grado/Apellidos y Nombres: _____ Edad:

CIP: _____ DNI: _____

UBIARIO **ATENCIÓN** **ESPECIALIDAD MÉDICA**

Oficinas Consulta externa Medicina
 Tiro y USSO Emerg/Urgen Enfermería
 TSANV Laboratorio Psicología
 Familiares Tóxico Dental

Otros: _____ Otros: _____ Otros: _____

Historia Clínica: _____ (CI-10)

Diagnóstico (Definitivo/Presuntivo) _____

Rp. Producto Farmacéutico o Insumo	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad

CENTRO DE SALUD MILITAR DE LA 3ra BRIGADA BLINDADA
RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA
INDICACIONES

Nombre y Apellido: _____

Producto Farmacéutico o Insumo	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración

Sello/Firma/Cot. Profesional Fecha de atención Válido hasta

Sello/Firma/Cot. Profesional Fecha de atención Válido hasta



FORMATO DE REFERENCIA PARA TITULARES Y/O FAMILIARES A INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD NO INSTITUCIONALES

FECHA: HORA: DEPARTAMENTO SOLICITANTE:

A. DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: Sexo: Fecha de nacimiento: HCL N°:

Grado: CIP N°: Parentesco:

T	E	H	P
---	---	---	---

B. DATOS DEL TITULAR

Apellidos y Nombres: _____

Grado: CIP N°: celular:

C. FINANCIAMIENTO

Beneficio Directo TITULAR: Programa segunda capa: Programa ONCOEP:

No afiliado a Programas Complementarios:

D. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E. DIAGNÓSTICO:

	D	p
	D	
	D	p
	D	p

F. CÓDIGO CIE 10:

.....

.....

.....

G. PROCEDIMIENTO O EXAMEN SOLICITADO:

No se realiza en la IPRESS Militar correspondiente, debido a inoperatividad o ausencia de:

Equipos	Dispositivos médicos	Materiales	Recurso humano
Infraestructura	Emergencia	Urgencia	Electiva

F. ESTADO DEL PACIENTE

ANEXO: 4



EJERCITO DEL PERU

CENTRO DE SALUD MILITAR DE LA 3ra BRIGADA BLINDADA

HISTORIA CLINICA

HOJA DE FILIACION

FECHA DE APERTURA / /

APELLIDOS Y NOMBRES.....

GRADO..... UNIDAD..... SITUACION.....

N° CIP..... DNI N°..... N° H. CLINICA.....

EDAD..... SEXO..... EST CIVIL..... RH.....

LUGAR DE NACIMIENTO..... F/NACIMIENTO.....

DOMICILIO.....

ALERGIAS.....

TELEFONO..... TELEF. EMERGENCIA.....

VACUNAS COVID-19 1ra DOSIS..... 2da DOSIS..... 3ra DOSIS..... 4ta DOSIS.....

BIVALENTE..... FECHA / /

ANEXO: 5



EJERCITO DEL PERU
COMANDO DE SALUD DEL EJERCITO



CARPETA FAMILIAR

3a BRIGADA BLINDADA
INTEGRANTES:

HC N°

HC N°

HC N°

HC N°

HC N°

HC N°



"TU SALUD ES TAMBIÉN LA NUESTRA, POR ESO NOS PREOCUPAMOS POR ELLO"

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

N°

CARPETA

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

ANEXO: 9



FORMATO DE ATENCIÓN DE TELECONSULTA N°

SOLICITUD

1. SOLICITUD DE TELECONSULTA (Puede ser realizada por el personal del Centro TELECONSULTANTE)

1. DATOS DEL CENTRO TELECONSULTANTE	
Fecha:	Nombre de IPRESS:
Modidad de Teleconsulta:	Código RENIPRESS (Teleconsultante):
En línea:	En presencial:
Simple:	Telejunta:

2. DATOS DEL PACIENTE	
Nombres y Apellidos:	
N° Historia Clínica:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Género: F M (Otro):	Tipo de Seguro de Paciente:
UPB de Origen:	N° de Seguro de Paciente:
Consulta externa:	Hospitalización:
Emergencia:	
Motivo de Solicitud teleconsulta:	Opción médica:
Profesional de salud:	Opción médica especializada:
Profesional de salud:	Especificar especialidad médica:
Contenido de la Solicitud de la Teleconsulta: Paciente con solicitud de referencia SI NO	

Relato médico/ Examen físico:	PIA:	PA:	FC:	FR:	TA:	Est. O2:	Presc:	Kg:	Talla:
<p>Declaro haber sido informado/a por: para realizar una teleconsulta que consiste en remitir mi información clínica mediante Tecnología, Información y Comunicaciones pudiendo incluir una o varias sesiones de videoconferencia entre el Personal de Salud de este Centro Consultante:(*) con el Centro Consultor: (**), para ser evaluado por un profesional de la salud.</p> <p>El personal participante en todo el proceso de la teleconsulta tratará mis datos personales de forma confidencial y segura, incluidos los datos relacionados a mi salud registrados en mi historia clínica y los que se coleccionen en las sesiones de teleconsulta, para ello autorizo de manera libre, previa, informada, expresa e inequívoca al Centro Consultante tratar estos datos personales en las condiciones y finalidades expuestas en este documento y que pueda transferir mis datos personales al Centro Consultor.</p> <p>Se me ha informado sobre las ventajas, beneficios y riesgos del procedimiento de Teleconsulta. He realizado las preguntas que considero oportunas, las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables; así como que será informado antes del inicio de la videoconferencia de la identidad del personal que esté presente física o remotamente y dará mi permiso verbalmente antes que ingrese otro personal adicional, la realización de la teleconsulta será registrada por los establecimientos de salud que participen en la sesión de teleconsulta.</p> <p>Me comprometo a informar con la verdad todos los datos necesarios que me solicita el personal de salud.</p> <p>Consiento de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de la normativa legal vigente; SI () NO () doy mi consentimiento para que el acto médico vía teleconsulta se pueda llevar a cabo.</p>									

Tratamiento actual:		Exámenes de Laboratorio (Relevantes):	
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	

N°	CIE 10	DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICOS	P	D	R
1					
2					
3					
4					
5					

4. DATOS DEL CONSULTANTE	
Nombres y Apellidos:	
Firma y sello:	
Personal de Salud:	
N° Catálogo profesional/DNI (si aplica):	

(*) En caso de no poseer DNI, indicar Pasaporte, Carné de extranjería o Cédula de Identidad.

ANEXO: 10



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELECONSULTAS (Ley General de Salud N° 26842, Ley de Protección de datos N°29733)

Completar en LETRAS MAYÚSCULAS.

Yo, (DATOS DEL PACIENTE)		
Nombres y Apellidos:		
Con DNI o Documento de Identidad:	Edad:	Fecha:
N° de Historia Clínica:		

De ser el caso,	
Nombres y Apellidos del representante u apoderado:	
Con DNI o Documento de Identidad:	

Declaro haber sido informado/a por: para realizar una teleconsulta que consiste en remitir mi información clínica mediante Tecnología, Información y Comunicaciones pudiendo incluir una o varias sesiones de videoconferencia entre el Personal de Salud de este Centro Consultante:(*) con el Centro Consultor: (**), para ser evaluado por un profesional de la salud.

El personal participante en todo el proceso de la teleconsulta tratará mis datos personales de forma confidencial y segura, incluidos los datos relacionados a mi salud registrados en mi historia clínica y los que se coleccionen en las sesiones de teleconsulta, para ello autorizo de manera libre, previa, informada, expresa e inequívoca al Centro Consultante tratar estos datos personales en las condiciones y finalidades expuestas en este documento y que pueda transferir mis datos personales al Centro Consultor.

Se me ha informado sobre las ventajas, beneficios y riesgos del procedimiento de Teleconsulta. He realizado las preguntas que considero oportunas, las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables; así como que será informado antes del inicio de la videoconferencia de la identidad del personal que esté presente física o remotamente y dará mi permiso verbalmente antes que ingrese otro personal adicional, la realización de la teleconsulta será registrada por los establecimientos de salud que participen en la sesión de teleconsulta.

Me comprometo a informar con la verdad todos los datos necesarios que me solicita el personal de salud.

Consiento de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de la normativa legal vigente; SI () NO () doy mi consentimiento para que el acto médico vía teleconsulta se pueda llevar a cabo.

<input type="checkbox"/>	Sí, consiento que sea grabado	Imágenes de ayuda diagnóstica ()	Fotografías ()
<input type="checkbox"/>	No, consiento que sea grabado	Video ()	Audio ()
		Todo ()	

Comprendo que mis datos personales serán tratados en bancos de datos personales cuya titularidad es del Centro Consultante y del Centro Consultor, respectivamente.

Si desco ejercer mis derechos reconocidos en la Ley 29733- Ley de Protección de Datos Personales y sus normas complementarias ante alguno de los establecimientos de salud que participan en la teleconsulta, enviaré una comunicación escrita según corresponda:

IPRESS	Domicilio	Correo Electrónico
(*)		
(**)		

--	--

Firma y Huella digital

--

Firma y sello del personal de salud del Centro Teleconsultante

(*) TELECONSULTANTE
(**) TELECONSULTOR

REVOCATORIA/DESAMORIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO


Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

Nombres y Apellidos:			Edad:	Fecha:
Con DNI o Documento de Identidad:				
N° de Historia Clínica:				

De ser el caso,

Nombres y Apellidos del representante u apoderado:	
Con DNI o Documento de Identidad:	

NO AUTORIZO EL PROCEDIMIENTO DE TELECONSULTA.

Firma y Huella digital	
------------------------	---

Firma y sello del personal de salud del Centro Teleconsultante
--

ANEXO: 11



FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL CSM 3ra BRIG BLIND-MOQUEGUA

CONSULTA									
FECHA:	HORA:			EDAD					
Motivo de consulta:									
Tiempo de enfermedad:									
Forma de inicio:									
Estado de ánimo:			Sed	Sueño	Apetito				
Orina: Deposiciones									
Fiebre en los últimos 15 días:					Tos más de 15 días				
Secreción o lesión en los genitales: Fecha de última regla									
Tamizaje de violencia: (Preguntar si alguna vez alguien le insultó, golpeó o bigó a ahacer lo que no quiere. Observar si presente alguna evidencia física de maltrato o violencia)									
Orina: Deposiciones									
EXAMEN FÍSICO	T°:	PA:	FC:	FR:/SOP	PESO:	TALLA:	IMC:	P. ABDOM.	
DIAGNÓSTICO (Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros).				CIE X			TRATAMIENTO		
Próxima cita:						Referencia (Lugar y motivo)			
Atendido por:						FIRMA Y SELLO:			
Observación						(Colegio Prof)			
CONSULTA									
FECHA:	HORA:			EDAD					
Motivo de consulta:									
Tiempo de enfermedad:									
Forma de inicio:									
Estado de ánimo:			Sed	Sueño	Apetito				
Orina: Deposiciones									
Fiebre en los últimos 15 días:					Tos más de 15 días				
Secreción o lesión en los genitales: Fecha de última regla									
Tamizaje de violencia: (Preguntar si alguna vez alguien le insultó, golpeó o bigó a ahacer lo que no quiere. Observar si presente alguna evidencia física de maltrato o violencia)									
Orina: Deposiciones									
EXAMEN FÍSICO	T°:	PA:	FC:	FR:/SOP	PESO:	TALLA:	IMC:	P. ABDOM.	
DIAGNÓSTICO (Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros).				CIE X			TRATAMIENTO		
Próxima cita:						Referencia (Lugar y motivo)			
Atendido por:						FIRMA Y SELLO:			
Observación						(Colegio Prof)			
Nombres y apellidos						N° H. CL.			

(*) TELECONSULTANTE
(**) TELECONSULTOR



FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL CSM 3ra BRIG BLIND-MOQUEGUA

CONSULTA		EDAD	
FECHA:	HORA:	EDAD	
Motivo de consulta:			
Tiempo de enfermedad:			
Forma de inicio:			
Estado de ánimo: Sed Sueño Apetito			
Orina: Deposiciones			
Fiebre en los últimos 15 días: Tos más de 15 días			
Secreción o lesión en los genitales: Fecha de última regla			
Tamizaje de violencia: (Preguntar si alguna vez alguien le insultó, golpeó o bilgó a ahacer lo que no quiere. Observar si presente alguna evidencia física de maltrato o violencia)			
Orina: Deposiciones			
T:	PA:	FC:	FR:/SOP PESO: TALLA: IMC: P. ABDOM.
EXAMEN FÍSICO			
DIAGNÓSTICO (Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros).		CIE X	TRATAMIENTO
Próxima cita:		Referencia (Lugar y motivo)	
Atendido por:		FIRMA Y SELLO:	
Observación		(Colegio Prof)	
CONSULTA		EDAD	
FECHA:	HORA:	EDAD	
Motivo de consulta:			
Tiempo de enfermedad:			
Forma de inicio:			
Estado de ánimo: Sed Sueño Apetito			
Orina: Deposiciones			
Fiebre en los últimos 15 días: Tos más de 15 días			
Secreción o lesión en los genitales: Fecha de última regla			
Tamizaje de violencia: (Preguntar si alguna vez alguien le insultó, golpeó o bilgó a ahacer lo que no quiere. Observar si presente alguna evidencia física de maltrato o violencia)			
Orina: Deposiciones			
T:	PA:	FC:	FR:/SOP PESO: TALLA: IMC: P. ABDOM.
EXAMEN FÍSICO			
DIAGNÓSTICO (Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros).		CIE X	TRATAMIENTO
Próxima cita:		Referencia (Lugar y motivo)	
Atendido por:		FIRMA Y SELLO:	
Observación		(Colegio Prof)	
Nombres y apellidos		N° H. CL.	

HORA	CUARTEL GENERAL 3a BB		N° REG:	
CSM				
DIRECTOR	ADMINISTRATIVO		FECHA: D. MEDICO	
SECRET 3aBB	PERS	LOG	INST	TES
AYUNTE	CIU	SETES	SEBEN	SAL
	M y G	SEGRE	ABASTO	C-CP
		PPTD	SACE	SEMOM
DECRETO				
<input type="checkbox"/>	ACCIÓN CORRESPONDIENTE		<input type="checkbox"/>	EXPLOTACION
<input type="checkbox"/>	ACUSE DE RECIBO		<input type="checkbox"/>	GESTION
<input type="checkbox"/>	AGRADECER		<input type="checkbox"/>	HABLAR CONMIGO
<input type="checkbox"/>	ARCHIVO		<input type="checkbox"/>	HOJA DE RECOMENDACION
<input type="checkbox"/>	ATENDER		<input type="checkbox"/>	INFORME
<input type="checkbox"/>	AUTORIZAR		<input type="checkbox"/>	ORGANIZAR
<input type="checkbox"/>	AGENDAR		<input type="checkbox"/>	RECOMENDACION
<input type="checkbox"/>	CONOCIMIENTO Y FINES		<input type="checkbox"/>	PARA VIDEO CONFERENCIA
<input type="checkbox"/>	CONTROLAR		<input type="checkbox"/>	RMITIR
<input type="checkbox"/>	COORDINAR CON.....		<input type="checkbox"/>	RESPUESTA
<input type="checkbox"/>	CUMPLIMIENTO A LA FECH		<input type="checkbox"/>	REVISAR
<input type="checkbox"/>	DA CUENTA DE ACCION ADOPTADA		<input type="checkbox"/>	SEGUIMIENTO
<input type="checkbox"/>	DAR CUENTA AL ESCALON SUPERIOR		<input type="checkbox"/>	SUPERVIZAR
<input type="checkbox"/>	DAR PLAZO		<input type="checkbox"/>	TENER EN CUENTA
<input type="checkbox"/>	DESIGNAR		<input type="checkbox"/>	TRAER ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/>	DIFUSION		<input type="checkbox"/>	TRAMITE
<input type="checkbox"/>	EVALUAR		<input type="checkbox"/>	VERIFICAR
<input type="checkbox"/>	ESTUDIO		<input type="checkbox"/>	
URGENTE		MUY URGENTE		

HORA	CUARTEL GENERAL 3a BB		N° REG:	
OFICINA POSTAL				
CG 3aBB		JEMA		FECHA: JEMO
SECRET 3aBB	SEPER	SELOG	SEINGAR	SERAP
AYUNTE	SEPIP	SETES	SEBEN	SAL
	M y G	SEGRE	ABASTO	C-CP
		PPTD	SACE	SEMOM
DECRETO				
<input type="checkbox"/>	ACCIÓN CORRESPONDIENTE		<input type="checkbox"/>	EXPLOTACION
<input type="checkbox"/>	ACUSE DE RECIBO		<input type="checkbox"/>	GESTION
<input type="checkbox"/>	AGRADECER		<input type="checkbox"/>	HABLAR CONMIGO
<input type="checkbox"/>	ARCHIVO		<input type="checkbox"/>	HOJA DE RECOMENDACION
<input type="checkbox"/>	ATENDER		<input type="checkbox"/>	INFORME
<input type="checkbox"/>	AUTORIZAR		<input type="checkbox"/>	ORGANIZAR
<input type="checkbox"/>	AGENDAR		<input type="checkbox"/>	RECOMENDACION
<input type="checkbox"/>	CONOCIMIENTO Y FINES		<input type="checkbox"/>	PARA VIDEO CONFERENCIA
<input type="checkbox"/>	CONTROLAR		<input type="checkbox"/>	RMITIR
<input type="checkbox"/>	COORDINAR CON.....		<input type="checkbox"/>	RESPUESTA
<input type="checkbox"/>	CUMPLIMIENTO A LA FECH		<input type="checkbox"/>	REVISAR
<input type="checkbox"/>	DA CUENTA DE ACCION ADOPTADA		<input type="checkbox"/>	SEGUIMIENTO
<input type="checkbox"/>	DAR CUENTA AL ESCALON SUPERIOR		<input type="checkbox"/>	SUPERVIZAR
<input type="checkbox"/>	DAR PLAZO		<input type="checkbox"/>	TENER EN CUENTA
<input type="checkbox"/>	DESIGNAR		<input type="checkbox"/>	TRAER ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/>	DIFUSION		<input type="checkbox"/>	TRAMITE
<input type="checkbox"/>	EVALUAR		<input type="checkbox"/>	VERIFICAR
<input type="checkbox"/>	ESTUDIO		<input type="checkbox"/>	
URGENTE		MUY URGENTE		

HORA	CUARTEL GENERAL 3a BB		N° REG:	
CSM				
DIRECTOR	ADMINISTRATIVO		FECHA: D. MEDICO	
SECRET 3aBB	PERS	LOG	INST	TES
AYUNTE	CIU	SETES	SEBEN	SAL
	M y G	SEGRE	ABASTO	C-CP
		PPTD	SACE	SEMOM
DECRETO				
<input type="checkbox"/>	ACCIÓN CORRESPONDIENTE		<input type="checkbox"/>	EXPLOTACION
<input type="checkbox"/>	ACUSE DE RECIBO		<input type="checkbox"/>	GESTION
<input type="checkbox"/>	AGRADECER		<input type="checkbox"/>	HABLAR CONMIGO
<input type="checkbox"/>	ARCHIVO		<input type="checkbox"/>	HOJA DE RECOMENDACION
<input type="checkbox"/>	ATENDER		<input type="checkbox"/>	INFORME
<input type="checkbox"/>	AUTORIZAR		<input type="checkbox"/>	ORGANIZAR
<input type="checkbox"/>	AGENDAR		<input type="checkbox"/>	RECOMENDACION
<input type="checkbox"/>	CONOCIMIENTO Y FINES		<input type="checkbox"/>	PARA VIDEO CONFERENCIA
<input type="checkbox"/>	CONTROLAR		<input type="checkbox"/>	RMITIR
<input type="checkbox"/>	COORDINAR CON.....		<input type="checkbox"/>	RESPUESTA
<input type="checkbox"/>	CUMPLIMIENTO A LA FECH		<input type="checkbox"/>	REVISAR
<input type="checkbox"/>	DA CUENTA DE ACCION ADOPTADA		<input type="checkbox"/>	SEGUIMIENTO
<input type="checkbox"/>	DAR CUENTA AL ESCALON SUPERIOR		<input type="checkbox"/>	SUPERVIZAR
<input type="checkbox"/>	DAR PLAZO		<input type="checkbox"/>	TENER EN CUENTA
<input type="checkbox"/>	DESIGNAR		<input type="checkbox"/>	TRAER ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/>	DIFUSION		<input type="checkbox"/>	TRAMITE
<input type="checkbox"/>	EVALUAR		<input type="checkbox"/>	VERIFICAR
<input type="checkbox"/>	ESTUDIO		<input type="checkbox"/>	
URGENTE		MUY URGENTE		

HORA	CUARTEL GENERAL 3a BB		N° REG:	
CSM				
DIRECTOR	ADMINISTRATIVO		FECHA: D. MEDICO	
SECRET 3aBB	PERS	LOG	INST	TES
AYUNTE	CIU	SETES	SEBEN	SAL
	M y G	SEGRE	ABASTO	C-CP
		PPTD	SACE	SEMOM
DECRETO				
<input type="checkbox"/>	ACCIÓN CORRESPONDIENTE		<input type="checkbox"/>	EXPLOTACION
<input type="checkbox"/>	ACUSE DE RECIBO		<input type="checkbox"/>	GESTION
<input type="checkbox"/>	AGRADECER		<input type="checkbox"/>	HABLAR CONMIGO
<input type="checkbox"/>	ARCHIVO		<input type="checkbox"/>	HOJA DE RECOMENDACION
<input type="checkbox"/>	ATENDER		<input type="checkbox"/>	INFORME
<input type="checkbox"/>	AUTORIZAR		<input type="checkbox"/>	ORGANIZAR
<input type="checkbox"/>	AGENDAR		<input type="checkbox"/>	RECOMENDACION
<input type="checkbox"/>	CONOCIMIENTO Y FINES		<input type="checkbox"/>	PARA VIDEO CONFERENCIA
<input type="checkbox"/>	CONTROLAR		<input type="checkbox"/>	RMITIR
<input type="checkbox"/>	COORDINAR CON.....		<input type="checkbox"/>	RESPUESTA
<input type="checkbox"/>	CUMPLIMIENTO A LA FECH		<input type="checkbox"/>	REVISAR
<input type="checkbox"/>	DA CUENTA DE ACCION ADOPTADA		<input type="checkbox"/>	SEGUIMIENTO
<input type="checkbox"/>	DAR CUENTA AL ESCALON SUPERIOR		<input type="checkbox"/>	SUPERVIZAR
<input type="checkbox"/>	DAR PLAZO		<input type="checkbox"/>	TENER EN CUENTA
<input type="checkbox"/>	DESIGNAR		<input type="checkbox"/>	TRAER ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/>	DIFUSION		<input type="checkbox"/>	TRAMITE
<input type="checkbox"/>	EVALUAR		<input type="checkbox"/>	VERIFICAR
<input type="checkbox"/>	ESTUDIO		<input type="checkbox"/>	
URGENTE		MUY URGENTE		

ANEXO: 13

HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL



1. DATOS GENERALES

Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Hora: <input type="text"/> : <input type="text"/>	Seguro SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tipo de Seguro 1. SIS 2. ESALUD 3. BOAT 4. POLICIA NACIONAL 5. FUERZA ARMADA 6. OTRO(ESPECIFICAR)	Seguro SIS 1. Subsidiado <input type="checkbox"/> 2. Semisubsidado <input type="checkbox"/>	Código del Asegurado <input type="text"/>	Nro. Hoja de Referencia <input type="text"/>	Nro. Historia Clínica <input type="text"/>
---	---	--	---	---	--	---	---

Código RENAES	Establecimiento de salud origen	Código RENAES	Establecimiento de salud destino
---------------	---------------------------------	---------------	----------------------------------

Servicio origen de la referencia (UPS) 1. Consulta Externa <input type="checkbox"/> 2. Apoyo al diagnóstico <input type="checkbox"/> 3. Emergencia <input type="checkbox"/> 4. Hospitalización <input type="checkbox"/>	Servicio destino de la referencia (UPS) 1. Consulta Externa <input type="checkbox"/> 2. Apoyo al diagnóstico <input type="checkbox"/> 3. Emergencia <input type="checkbox"/> 4. Hospitalización <input type="checkbox"/>
---	--

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

IN <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASS <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> SDOC <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> NN <input type="checkbox"/> Nro. DNI <input type="text"/> Fecha Nacimiento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Dirección <input type="text"/>	Nombres <input type="text"/> Apellido Paterno <input type="text"/> Apellido Materno <input type="text"/> Menor sin DNI: Nro. DNI madre o apoderado <input type="text"/> (Nro hijo(a) <input type="text"/> Sexo <input type="checkbox"/> Departamento <input type="text"/> Provincia <input type="text"/> Distrito <input type="text"/>
---	---

3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Anamnesis			
Examen Físico: (T) <input type="checkbox"/> (PA) <input type="checkbox"/> (FR) <input type="checkbox"/> (FC) <input type="checkbox"/>			
Exámenes Auxiliares			
Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Resultado	
Diagnóstico	CIE-10	D	P R
1) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento:			

4. DATOS DE LA REFERENCIA

Motivo de Referencia: 1. No capacidad resolutive por nivel 2. No capacidad resolutive por carecer de especialista 3. Por carecer de determinado insumo 4. Servicio Inoperativo 5. Servicio en reparación 6. Servicio Saturado 7. Por ser titular de EsSalud 8. Carecer de determinado equipo

Detalle del motivo:

Especialidad de destino: Pediatría Medicina Cirugía Gineco-Obst Otro (Especificar)

Condición del paciente Estable <input type="checkbox"/> Mal Estado <input type="checkbox"/>	Transporte Terrestre <input type="checkbox"/> Aéreo <input type="checkbox"/> Fluvial <input type="checkbox"/>	Coordinación de la Referencia Fecha en que será atendido: Hora en que será atendido: Nombre de quien lo atenderá: Nombre, con quien coord. la atenc.(acepta): Nombre quien coordina la referencia:
---	--	---

Responsable de la RF NI <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetra <input type="radio"/> Otro.	Responsable del ES DNI <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> N° Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetra <input type="radio"/> Otro.	Personal que acompaña DNI <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> N° Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetra <input type="radio"/> Otro.	Personal que recibe DNI <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> N° Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetra <input type="radio"/> Otro. Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Hora: <input type="text"/> : <input type="text"/>
Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello

Condición del Usuario a la llegada al Establecimiento de Salud de Destino de la Referencia Estable Mal estado Fallecido