

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000614

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037

N° E/M : 00591

Señores : R.U.C. :
Dirección :
Teléfono : Fax :
Email : Fecha : 14/07/2026 Moneda : S/.
Concepto : REQUERIMIENTO DE IMPRESION DE DIFERENTES FORMATOS PARA EL DEPARTAMENTO DE ALUD MENTAL DEL HRGDVA.

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
35	MILLAR	475100016348	FORMATO TAMIZAJE SALUD MENTAL SE ADJUNTA: ESPECIFICACIONES TECNICAS		
				TOTAL	

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

Condiciones de Compra

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

Atentamente;

Requerimientos Técnicos:

- Descripción del ítem
- Características Adicionales



FORMATO N° 01
ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

Órgano y/o Unidad Orgánica:	Departamento de Salud Mental del HRGDV-A
Actividad del POI:	Tratamiento con internamiento de personas con trastornos afectivos y de ansiedad. Meta 76 específica de gasto 2.3.15. 12
Denominación de la Contratación:	Requerimiento de IMPRESIÓN DE FORMATOS en general, para pacientes hospitalizados del HRGDV del Departamento de salud mental.

I. FINALIDAD PÚBLICA (Obligatorio)

El presente proceso busca el requerimiento de IMPRESIÓN DE FORMATOS en general, para los pacientes hospitalizados en la Unidad de Salud Mental del HRGDV

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO (Obligatorio)

IMPRESIÓN DE FORMATOS PARA LA ATENCION DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL.

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

3.1 Descripción de los bienes a contratar

Ítem	Cantidad	Unidad de medida	Descripción del bien
01	04	Millar	IMPRESIÓN de formato de Historia Clínica para la Unidad de hospitalización de salud mental 3 hojas doble cara y 01 cara
02	2,- ½	Millar	IMPRESIÓN de formato de ASSIST 5 hojas a doble cara
03	01	Millar	IMPRESIÓN de formatos Evaluación del síndrome de abstinencia alcohólica, revisada CIWAR-AR 01 hoja a doble cara
04	02	Millar	IMPRESIÓN, de formato de Registro de Seguimiento psicoterapéutico UHSMA 1 hoja a doble cara
05	½	Millar	IMPRESIÓN, de formato de Esquema de Planificación de Cuidados de Enfermería 01 cara
06	01	Millar	IMPRESIÓN, de formato de Esquema de Tratamiento farmacológico 1 cara
07	20	Millar	IMPRESIÓN, de formato de Reporte de Enfermería 01 hoja ambas caras
08	02	Millar	IMPRESIÓN, de formato Anexo 4 Valoración funcional de enfermería de salud Mental 4 hojas de ambas caras
09	02	Millar	IMPRESIÓN, de formato de Plan Terapéutico Individualizado 4 hojas de ambas caras

Nota: Comunicarse con el área usuaria antes de imprimir los formatos, gracias.

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

NO APLICA

V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN (De corresponder)

NO APLICA

VI. GARANTÍA COMERCIAL (Obligatorio)

El proveedor deberá garantizar la calidad de los productos ofertados.

VII. MUESTRAS (De corresponder)

NO APLICA

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

- Persona natural o jurídica
- Estar habilitado para contratar con el estado
- RUC Activo y Habido



IX. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA (Obligatorio)

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

Plazo: Por un plazo de **07 DÍAS CALENDARIOS** a partir del día siguiente de la notificación de la orden de compra o de la suscripción del contrato, según sea el caso

X. CONFORMIDAD (Obligatorio)

La recepción y conformidad de la prestación se regula por lo dispuesto en el artículo 144 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas. La recepción será otorgada por el encargado del Área de almacén Central del HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA y la conformidad será otorgada por JEFE DE ALMACEN CENTRAL Y POR EL RESPONSABLE DE PPR 0131 CONTROL Y PREVENCIÓN DE SALUD MENTAL, en el plazo máximo de siete (07) días computados desde el día siguiente de producida la recepción.

XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO (Obligatorio)

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

- **Conformidad de la recepción de los bienes**
- **Guía de remisión**
- **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, participacioncitas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa; comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.

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

XVII. SOLUCION DE CONTROVERSIAS (Obligatorio)

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

XVIII. GESTIÓN DE RIESGOS (De corresponder)

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

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



Luz Sonia Laura Ortiz
PSICÓLOGA
C.P.P. 14876

Firma

Área usuaria o técnica estratégica

HISTORIA CLÍNICA

FILIACIÓN

Nombres y Apellidos: _____

Sexo: _____

Edad: _____

F. Nacimiento: _____

L. Nacimiento: _____

Estado civil: _____

G. Instrucción: _____

Ocupación: _____

Religión: _____

Lugar de Procedencia: _____

Domicilio: _____

Diminutivo: _____

Dominancia: _____

Documento de Identidad: _____

Informante _____ Relación: _____

Responsable: _____

Fecha de ingreso al hospital: _____

Fecha de ingreso a hospitalización: _____

Ingreso por: Emergencia () Consultorio Externo ()

Tipo de Anamnesis: _____

ANAMNESIS

Tiempo de enfermedad: _____ Episodio Actual: _____

Inicio: _____ Curso: _____

Signos y Síntomas:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Relato de enfermedad (Episodio Actual):

ANTECEDENTES:

EVOLUCION DEL EMBARAZO Y PARTO:

EMBARAZO

Numero de embarazo: _____ Edad de la madre al quedar embarazada: _____

Fue planificado: _____ deseó interrumpir el embarazo: _____

Enfermedades durante el embarazo: _____

Conflictos durante el embarazo: _____

Consumió sustancias durante el embarazo: _____

Controló su embarazo: _____

PARTO:

Atendido por: _____ Se produjo a los _____ meses, por vía: _____

Presentación: _____ Duración: _____ horas Peso al nacer: _____ Kg

Presentó sufrimiento fetal: _____

Observaciones: _____

LACTANCIA Y CRIANZA:

LACTANCIA:

Tipo de lactancia: _____ Lactancia materna durante: _____

Usó biberón: _____ Tiempo de uso: _____ No recibió lactancia por: _____

CRIANZA:

Fue criado por: () ambos padres () solo madre () solo padre

Intervinieron otras personas: () familiares () instituciones () otras personas

Desde que edad fue criado por terceros: _____

La madre no lo crió por: _____

DESARROLLO PSICOMOTOR :

Sostiene cabeza: _____ Se sentó: _____ Habló: _____ Caminó: _____

Observaciones: _____

DESARROLLO DEL LENGUAJE:

Primeras palabras: _____ Presentó dificultades: _____

Observaciones: _____

SOCIALIZACIÓN:

Control de esfínteres: vesical: _____ anal: _____

Hábitos de independencia: come solo: _____ se viste solo: _____

ansiedad por separación: _____

PATOLÓGICOS:

Enfermedades infecciosas: _____

Traumatismos: _____

Convulsiones: _____

Intervenciones Quirúrgicas: _____

Reacciones alérgicas: _____

Hospitalizaciones previas: _____

Medicación habitual: _____

Otros: _____

JUDICIALES: _____

GINECOLÓGICOS:

F.U.R: _____

Gestaciones: _____

Partos a término: _____

Partos prematuros: _____

Abortos: _____

Método anticonceptivo: _____

FAMILIARES:

Tipo de familia: _____

Soporte social: _____

Soporte económico: _____

Soporte emocional: _____

Situación de vivienda: _____

Nivel económico: _____

Historia familiar: _____

Parientes paternos: _____

Parientes maternos: _____

HÁBITOS E INTERESES:

Distribución del tiempo:

Recreativos:

Uso de sustancias:

Cambio de lugar de residencia:

HISTORIA LABORAL:

Profesión: _____

Empleos: _____

Relaciones laborales:

Grado de satisfacción _____

Pérdida de trabajo: _____

Sanciones en el trabajo: _____

ESFERAS

INFANCIA:

Socialización y actividades creativas

Miedos: _____

Agresividad: - _____

ADOLESCENCIA:

Socialización y actividades creativas

Agresividad _____

ESCOLARIDAD:

Pre-Escolar: _____

Escolar primaria: _____

Escolar secundaria: _____

Superior: _____

Logro alcanzado:

PERSONALIDAD PRE-MÓRBIDA:

SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

Identificación con rol y género: _____

Tratado de acuerdo al sexo: _____

Masturbación: () Inicio de RS: _____ Parejas Sexuales: ()

Dinámica con la última pareja o la actual: _____

DINÁMICA FAMILIAR:

Madre: _____

Padre: _____

Hermanos: _____

Hijos: _____

Familiares significativos: _____

EXAMEN FÍSICO:

FC= _____ FR= _____ T°= _____ PA= _____ Peso= _____ IMC= _____

Estado Nutricional: _____

Observaciones generales: _____

Tatuajes: _____

Cicatrices: _____

Lesiones en piel: _____

EXAMEN MENTAL:

PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD:

Aparenta edad y sexo: _____

Tipo constitucional: _____

Vestimenta: _____

Aseo y cuidado personal: _____

Comportamiento durante la entrevista:

Actitud durante la entrevista:

ORIENTACIÓN, CONCIENCIA Y ATENCIÓN:

CONCIENCIA: _____

ORIENTACIÓN: Tiempo: _____ Espacio: _____ Persona: _____

Circunstancia: _____

ATENCIÓN:

Dirección preferente de la atención: _____

Capacidad de concentración: _____

Dispersión: _____

Grado de fatigabilidad: _____

ESTADO AFECTIVO Y ESTADO DE ÁNIMO:

Intensidad, profundidad y modulación de la respuesta emocional:

Calidad del humor prevalente (estado de Ánimo):

Correlato somático de la afectividad:

Orientación en cuanto a la circunstancia:

Resonancia afectiva:

LENGUAJE:

Tono y volumen:

Velocidad y cantidad:

Curso:

Estructura: Rima:

Asociación:

Bloqueos:

Afasia:

Perseverancia:

Neologismos:

Ecolalia:

Estereotipia:

PENSAMIENTO:

Velocidad:

Curso:

Estructura:

Control:

Contenido:

Delirios

Preocupación prominente:

Ideas auto-hetero agresivas:

Ideas de suicidio:

Ideas sobrevaloradas:

Paranoia:

PERCEPCIÓN:

Capta y precisa estímulos externos:

Diferencia su mundo externo del interno:

Alucinaciones

Ilusiones:

INTELIGENCIA:

Agudeza:

Captación del sentido y la significación de las situaciones:

Capacidad de abstracción:

Grado de información y conocimientos:

Capacidad de síntesis y análisis:

Creatividad y virtualidad imaginativa:

MEMORIA:

Aprehensión:

Fijación:

Evocación:

Calculo:

CONACIÓN:

Forma de vida:

Capacidad de realización:

Rendimiento social:

Nivel de energía, vigor y persistencia:

Voluntad:

INSTINTOS:

Nivel de energía vital: _____

Hábitos higiénico - dietéticos: _____

Ritmo vigil: _____

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Eje I:

Eje II:

Eje III:

Eje IV:

Eje V:

EGF

PLAN DE TRABAJO:

Estabilización farmacológica. ()

Estudio psicológico Inicial. ()

Evaluación psicológica. ()

Psicoterapia Individual. ()

Psicoterapia Familiar. ()

Cuidados de enfermería. ()

PSICOLOGO

MEDICO PSIQUIATRA

Apéndice A

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Nombre del trabajador clínico

Clínica

Identificación o nombre del usuario

Fecha

Introducción (léasela al usuario o adáptela a las circunstancias locales)*

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas **que han sido recetadas** por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por **otros** motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo.

Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

Antes de hacer las preguntas, entregue al usuario la tarjeta de respuestas.

PREGUNTA 1 | A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Sí
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
j Otras, especifique: _____	No	Sí
Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"		
Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.		

* El ASSIST V3.1 debe utilizarse como 'filtro' para fines clínicos. Para fines de investigación, utilice la versión anterior ASSIST V3.0.

PREGUNTA 2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

PREGUNTA 3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

PREGUNTA 4 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

PREGUNTA 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

PREGUNTA 7 ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

PREGUNTA 8 ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

NOTA IMPORTANTE

A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este período para determinar sus niveles de riesgo y el mejor curso de intervención.

Hábitos de inyectarse

Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos

Más de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses

Lineamientos de intervención

Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección

Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica

Para cada sustancia (rotulada 'a' a la 'j') sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8 en esta puntuación. Por ejemplo, una puntuación para cannabis se calcularía como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**.

Observe que la pregunta 5 para tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**.

El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas				
	Registrar la puntuación para cada sustancia	No requiere intervención	Recibir intervención breve	Tratamiento más intensivo
a Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b Alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e Estimulantes de tipo anfetamina		0 – 3	4 – 26	27+
f Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+
Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionarle al usuario una intervención breve.				

Apéndice C

Tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST v3.1

Nombre del trabajador clínico

Fecha de la prueba

Puntuaciones de consumo de sustancias específicas	Puntuación	Nivel de riesgo	
a Productos de tabaco		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
b Bebidas alcohólicas		0 – 10 11 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
c Cannabis		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
d Cocaína		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
e Estimulantes de tipo anfetamina		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
f Inhalantes		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
g Sedantes o pastillas para dormir		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
h Alucinógenos		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
i Opiáceos		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
j Otras, especifique: _____		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Usted corre un riesgo inferior de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias.

Moderado: Usted corre un riesgo moderado de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias.

Alto: Usted corre un riesgo alto de tener problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, en sus relaciones) a consecuencia de sus hábitos actuales de consumo y es probable que sea dependiente.

¿Le preocupan sus hábitos de consumo de sustancias?

A | Tabaco

Su riesgo de sufrir estos daños es (marque uno):

Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐

Fumar tabaco con regularidad está asociado con:

Envejecimiento prematuro y arrugas en la piel

Condición física inferior y tiempos de recuperación más largos después de un resfriado o gripe

Infecciones respiratorias y asma

Alta presión sanguínea, diabetes mellitus

Aborto espontáneo, parto prematuro y bebés de bajo peso al nacer

Enfermedades renales

Enfermedades crónicas de las vías respiratorias, entre ellas enfisema

Enfermedades cardíacas, apoplejías, enfermedades cardiovasculares

Cáncer de pulmón, vejiga, mama, boca, garganta y esófago

B | Alcohol

Su riesgo de sufrir estos daños es (marque uno):

Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐

El consumo excesivo de alcohol con regularidad está asociado con:

Resacas, conducta violenta y agresiva, accidentes y lesiones, náusea y vómito

Disminución en el desempeño sexual, envejecimiento prematuro

Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, alta presión sanguínea

Ansiedad y depresión, dificultades en las relaciones personales, problemas económicos y laborales

Dificultad para recordar cosas y resolver problemas

Deformidades y daño cerebral en los bebés de mujeres embarazadas

Daño cerebral permanente que lleva a la pérdida de memoria, déficits cognitivos y desorientación

Apoplejía, daño muscular y en los nervios

Enfermedad del hígado y el páncreas

Cáncer de boca, garganta y mama

Suicidio

C Cannabis		
Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):		
Bajo ☐	Moderado ☐	Alto ☐
El consumo regular de cannabis está asociado con:		
Problemas de atención y motivación		
Ansiedad, paranoia, pánico, depresión		
Disminución de la memoria y de la capacidad para resolver problemas		
Presión sanguínea alta		
Asma y bronquitis		
Psicosis, en particular en personas con historial personal o familiar de esquizofrenia		
Enfermedades cardíacas y enfermedad pulmonar obstructiva crónica		
Cáncer de las vías respiratorias superiores y de garganta		

D Cocaína		
Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):		
Bajo ☐	Moderado ☐	Alto ☐
El consumo regular de cocaína está asociado con:		
Dificultad para dormir, aceleramiento del corazón, dolores de cabeza, pérdida de peso		
Aletargamiento, hormigueo, piel húmeda, rascarse o arrancarse la piel		
Ansias o deseo intenso, estrés por el estilo de vida		
Accidentes y lesiones, problemas económicos		
Cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, manías		
Paranoia, pensamientos irracionales, dificultad para recordar cosas		
Conducta agresiva y violenta		
Psicosis después del consumo repetido de altas dosis		
Muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas		

E Estimulantes de tipo anfetamina		
Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):		
Bajo ☐	Moderado ☐	Alto ☐
El consumo regular de estimulantes de tipo anfetamina está asociado con:		
Dificultad para dormir, pérdida de apetito y peso, deshidratación, reducción de la resistencia a las infecciones		
Tensión en la mandíbula, dolores de cabeza, dolor muscular		
Cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, agitación, manías, pánico		
Temblores, latido irregular del corazón, falta de aliento		
Dificultad para concentrarse y recordar cosas		
Paranoia, conducta agresiva y violenta		
Psicosis después del consumo repetido de altas dosis		
Daño cerebral permanente		
Daño hepático, hemorragia cerebral, muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas		

F Inhalantes		
Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):		
Bajo ☐	Moderado ☐	Alto ☐
El consumo regular de inhalantes está asociado con:		
Síntomas semejantes a los de la gripe, sinusitis, sangrado de nariz		
Náusea y vómito, indigestión, úlceras estomacales, diarrea		
Mareos y alucinaciones, náusea, aletargamiento, desorientación, visión borrosa		
Dolores de cabeza, accidentes y lesiones, conducta impredecible y peligrosa		
Dificultades para la coordinación, reacciones lentas, poco abastecimiento de oxígeno al cuerpo		
Pérdida de la memoria, confusión, depresión, agresión, cansancio extremo		
Delirio, convulsiones, coma, daño en los órganos (corazón, pulmones, hígado, riñones)		
Muerte por insuficiencia cardíaca		

G | Sedantes y pastillas para dormir

Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):

Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐

El consumo regular de sedantes está asociado con:

Aletargamiento, mareo y confusión

Dificultad para concentrarse y recordar cosas

Náusea, dolores de cabeza, paso inestable

Problemas para dormir

Ansiedad y depresión

Tolerancia y dependencia después de un período corto de tiempo

Síntomas de abstinencia severos

Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos y otras drogas depresivas

H | Alucinógenos

Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):

Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐

El consumo regular de alucinógenos está asociado con:

Cambios visuales, auditivos, táctiles y olfativos, conducta impredecible

Dificultad para dormir

Náusea y vómito

Taquicardia y alta presión sanguínea

Cambios del estado de ánimo

Ansiedad, pánico, paranoia

Visiones retrospectivas

Empeoramiento de los síntomas de enfermedades mentales, como esquizofrenia

I | Opiáceos

Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):

Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐

El consumo regular de opiáceos está asociado con:

Comezón, náusea y vómito

Aletargamiento, constipación, caries, períodos menstruales irregulares

Dificultad para concentrarse y recordar cosas

Depresión, disminución del impulso sexual, impotencia

Dificultades económicas, comisión de delitos

Estrés en las relaciones personales

Problemas para conservar el trabajo y en la vida familiar

Tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia

Sobredosis y muerte por paro cardíaco



PERÚ

Ministerio
de Salud**Escala de evaluación del síndrome de abstinencia alcohólica, revisada (CIWA-Ar)**

Nombre y apellidos: _____ Fecha de aplicación: _____

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Edad: _____ DNI: _____ HC°: _____

Servicio de aplicación: () Consultorios externos () Hospitalización: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 10 ítems para evaluar la intensidad del síndrome de abstinencia.**1) Náusea y vómito**

- 0 Sin náusea ni vómito
- 1 Náusea leve sin vómito
- 2
- 3
- 4 Náusea intermitente con arcadas o esfuerzos secos
- 5
- 6
- 7 Náusea constante y vómito

2) Temblor

- 0 Sin temblor
- 1 Temblor no visible, puede percibirse en los dedos
- 2
- 3
- 4 Moderado, con los brazos extendidos
- 5
- 6
- 7 Severo, incluso con los brazos no extendidos

3) Sudoración

- 0 No visible
- 1 Palmas húmedas
- 2
- 3
- 4 Sudor en la frente
- 5
- 6
- 7 Sudor abundante en todo el cuerpo

4) Ansiedad

- 0 Sin ansiedad
- 1 Ligeramente ansioso
- 2
- 3
- 4 Moderadamente ansioso
- 5
- 6
- 7 Ataque de pánico

5) Agitación psicomotora

- 0 Actividad normal
- 1 Algo hiperactivo
- 2
- 3
- 4 Moderadamente inquieto
- 5
- 6
- 7 Con agitación psicomotora y cambios de postura

6) Alteraciones táctiles

- 0 Ninguna
- 1 Sensación leve (punzante, ardiente, cosquilleo)
- 2 Ídem suave
- 3 Ídem moderado
- 4 Alucinaciones moderadas
- 5 Alucinaciones severas
- 6 Alucinaciones extremas
- 7 Alucinaciones continuas

7) Alteraciones auditivas

- 0 Ninguna
- 1 Muy leves, sonidos secos
- 2 Leves
- 3 Moderados
- 4 Alucinaciones moderadas
- 5 Alucinaciones severas
- 6 Alucinaciones extremas
- 7 Alucinaciones continuas

8) Alteraciones visuales

- 0 Ninguna
- 1 Muy leves
- 2 Leves
- 3 Moderadas
- 4 Alucinaciones moderadas
- 5 Alucinaciones severas
- 6 Alucinaciones extremas
- 7 Alucinaciones continuas

9) Cefalea 0 Sin cefalea 1 Muy leve 2 Leve 3 Moderada 4 Moderadamente severa 5 Severa 6 Muy severa 7 Extremadamente severa 10) Orientación y funciones superiores 0 Orientado y puede sumar 1 No puede sumar, indeciso en la fecha 2 Desorientado temporalmente (<2 días) 3 Mayor desorientación temporal (>2 días) 4 Desorientación espacial y/o en persona	PUNTUACIÓN Puntaje total: _____	
	INTERPRETACIÓN	
	0 - 9 10 - 15 16 - 20 21 - 67	Síndrome de abstinencia muy leve Síndrome de abstinencia leve Síndrome de abstinencia moderado Síndrome de abstinencia intenso
	RESULTADOS: _____	

FORMATO DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPEUTICO UHSM

[illegible]

ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO NOC	INTERVENCIÓN NIC	RESULTADO ESPERADO	RESPONSABLE

ESQUEMA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Nombre del paciente:

Diagnóstico en Salud Mental:.....

MEDICAMENTO

DOSIS

BENEFICIOS

REACCIONES ADVERSAS

FORMATO DE REPORTE DE ENFERMERIA

TURNO DIA: AZUL
TURNO NOCHE: ROJO

FECHA:

Lic. que entrega turno.....

Lic. que recibe turno.....

APELLIDOS Y NOMBRES.....

TURNO DIA		TURNO NOCHE	
COMPORTAMIENTO Y ACTITUD		COMPORTAMIENTO Y ACTITUD	
NIVEL DE COLABORACION	Cooperador: SI () NO () parcial () Hostil: SI () NO () Evasivo: SI () NO () Acata órdenes: SI () NO ()	NIVEL DE COLABORACION	Cooperador: SI () NO () parcial () Hostil: SI () NO () Evasivo: SI () NO () Acata órdenes: SI () NO ()
NIVEL DE CONCIENCIA	Alerta: SI () NO () Confundido: SI () NO () Somnoliento: SI () NO ()	NIVEL DE CONCIENCIA	Alerta: SI () NO () Confundido: SI () NO () Somnoliento: SI () NO ()
ORIENTACION	Tiempo: SI () NO () Espacio: SI () NO () Persona: SI () NO ()	ORIENTACION	Tiempo: SI () NO () Espacio: SI () NO () Persona: SI () NO ()
PENSAMIENTO Y PERCEPCION	Delusiones: SI () NO () Preocupaciones: SI () NO () Pseudopercepciones: SI () NO ()	PENSAMIENTO Y PERCEPCION	Delusiones: SI () NO () Preocupaciones: SI () NO () Pseudopercepciones: SI () NO ()
LENGUAJE		LENGUAJE	
CUMPLE FINALIDAD: SI () NO ()		CUMPLE FINALIDAD: SI () NO ()	
SUEÑO			
Conservado: SI () NO ().....			
Interrumpido: SI () NO ().....			
Insomnio: SI () NO ().....			

INTENTO DE FUGA: SI () NO ()

IDEAS AUTOLESIVAS: SI () NO ()

VISITA FAMILIAR: SI () NO ()INTERACCIÓN: buena () mala () afectiva () poco afectiva ()

RESTRICCIONES: SI () NO () especifique.....

AUTORIZACION: SI () NO () especifique.....

CUIDADOS DE ENFERMERIA PRIORITARIOS:.....

INTERVENCION DE PSICOLOGIA/ Individual () Familiar () Grupo GAM ()

Tareas Cognitivas: SI () NO () Tareas terapéuticas: SI () NO ()

PENDIENTES:

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO

FIRMA Y SELLO

FORMATO DE REPORTE DE ENFERMERIA

TURNO DIA: AZUL
 TURNO NOCHE: ROJO

FECHA:

Lic. que entrega turno.....

Lic. que recibe turno.....

APELLIDOS Y NOMBRES.....

TURNO DIA		TURNO NOCHE	
COMPORTAMIENTO Y ACTITUD		COMPORTAMIENTO Y ACTITUD	
NIVEL DE COLABORACION	Cooperador: SI () NO () parcial () Hostil: SI () NO () Evasivo: SI () NO () Acata órdenes: SI () NO ()	NIVEL DE COLABORACION	Cooperador: SI () NO () parcial () Hostil: SI () NO () Evasivo: SI () NO () Acata órdenes: SI () NO ()
NIVEL DE CONCIENCIA	Alerta: SI () NO () Confundido: SI () NO () Somnoliento: SI () NO ()	NIVEL DE CONCIENCIA	Alerta: SI () NO () Confundido: SI () NO () Somnoliento: SI () NO ()
ORIENTACION	Tiempo: SI () NO () Espacio: SI () NO () Persona: SI () NO ()	ORIENTACION	Tiempo: SI () NO () Espacio: SI () NO () Persona: SI () NO ()
PENSAMIENTO Y PERCEPCION	Delusiones: SI () NO () Preocupaciones: SI () NO () Pseudopercepciones: SI () NO ()	PENSAMIENTO Y PERCEPCION	Delusiones: SI () NO () Preocupaciones: SI () NO () Pseudopercepciones: SI () NO ()
LENGUAJE		LENGUAJE	
CUMPLE FINALIDAD: SI () NO ()		CUMPLE FINALIDAD: SI () NO ()	
SUEÑO			
Conservado: SI () NO ().....			
Interrumpido: SI () NO ().....			
Insomnio: SI () NO ().....			

INTENTO DE FUGA: SI () NO ()

IDEAS AUTOLESIVAS: SI () NO ()

VISITA FAMILIAR: SI () NO ()INTERACCIÓN: buena () mala () afectiva () poco afectiva ()

RESTRICCIONES: SI () NO () especifique.....

AUTORIZACION: SI () NO () especifique.....

CUIDADOS DE ENFERMERIA PRIORITARIOS:.....

INTERVENCION DE PSICOLOGIA/ Individual () Familiar () Grupo GAM ()

Tareas Cognitivas: SI () NO () Tareas terapéuticas: SI () NO ()

PENDIENTES:

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO

FIRMA Y SELLO

ANEXO 4

Valoración funcional de enfermería de salud mental

DATOS GENERALES

FECHA

Nombre: Edad:
 Estudios: Situación laboral:
 Convive con:
 D.º médico:
 Tratamiento:
 Comienzo y evolución de la enfermedad:
 Enfermedades psiquiátricas familiares:
 Enfermedades físicas y su tratamiento:
 Alergias:
 Actitud en la entrevista:
 T. A: F. C:

PATRÓN 1: Percepción-Manejo de la salud

Actitud frente a su enfermedad: Aceptación ☐ Indiferencia ☐ Rechazo ☐ Sobrevaloración ☐

- Conciencia de enfermedad: SI ☐ NO ☐ Parcial ☐
- Conoce su tratamiento: SI ☐ NO ☐
- Cumplimiento del tratamiento prescrito: SI ☐ NO ☐
- Autonomía: SI ☐ NO ☐

Hábitos tóxicos: Tabaco ☐ Alcohol ☐ Otros ☐

Acude a consultas por su patología física: SI ☐ NO ☐ irregular ☐

- Acude a su dentista: SI ☐ NO ☐
- Acude a revisiones ginecológicas: SI ☐ NO ☐

Cuidado de su aspecto (vestido, arreglo personal):

- Adecuado ☐ Extravagante ☐ Descuidado ☐ Otros ☐
- Higiene personal: Adecuada ☐ Deficiente ☐
 - Higiene bucal: Adecuada ☐ Deficiente ☐
 - Otros:

PATRÓN 2: Nutrición-metabolismo

Peso: Talla: IMC:

Apetito: Normal ☐ Aumentado ☐ Disminuido ☐

Cantidad ingerida: Normal ☐ Aumentada ☐ Disminuida ☐

- N.º de veces que come al día, horarios:
- Ingesta hídrica/hidratación:

Actitud frente a la comida: Impulsiva ☐ Caprichosa ☐ Obsesiva ☐
 Otras ☐

Relación consumo/gasto:

Cambios en el peso:

- Actitud frente a su peso:

Alergias, intolerancias:

PATRÓN 3: Eliminación

Eliminación intestinal: frecuencia Control ☐ Uso de laxantes ☐

Eliminación vesical: frecuencia Control ☐

Sudoración: Normal ☐ Aumentada ☐ Olor ☐

Menstruación: (ver patrón sexualidad)

PATRÓN 4: Actividad-Ejercicio

Comportamiento motor: Adecuado ☐ Inquieto ☐ Inhibido ☐ Agitado ☐

 Desinhibido ☐ Estereotipias ☐ Tics ☐ S.E.P. ☐

Problemas en la movilidad, uso de ayuda ortopédica:

Ejercicio físico: Regularidad Sedentarismo ☐

• Tipo de ejercicio:

Actividades de ocio y tiempo libre:

Tareas domésticas que realiza

Nivel de iniciativa:

Manejo del entorno: Autonomía total ☐ Autonomía parcial ☐ Dependencia total ☐

Higiene, frecuencia:

PATRÓN 5: Sueño-descanso

Horas de sueño nocturno: Diurno:

Alteraciones del sueño: Al inicio ☐ Pesadillas ☐ Interrumpido ☐

 Somnolencia diurna ☐ Despertar temprano ☐

Factores que alteran el sueño: Café ☐ Horarios desorganizados ☐

 Bebidas estimulantes ☐

 Otros problemas ☐

Uso de medicación para dormir:

• Sensación al despertar:

PATRÓN 6: Cognitivo-perceptual

Orientación en el TIEMPO: Normal ☐ Alterada ☐

" en el ESPACIO: Normal ☐ Alterada ☐

" de la PERSONA: Normal ☐ Alterada ☐

Nivel de conciencia y actitud frente al entorno: Normal ☐ Hipervigilante ☐

 Distruido ☐ Fluctuante ☐ Somnoliento ☐ Confuso ☐

Alteración en la memoria: Reciente ☐ Remota ☐

Alteraciones senso-perceptivas: Si ☐ NO ☐

• Tipo: Auditivas ☐ Visuales ☐ Olfativas ☐ Otras ☐

Pensamientos

• Contenido: Coherente ☐ Incoherente ☐ Organizado ☐

 Desorganizado ☐ Disgregado ☐ Delirante ☐

• Curso: Normal ☐ Bloqueos del pensamiento ☐ Acelerado ☐ Lento ☐

Lenguaje: Normal ☐ Obsesivo ☐ Habla poco ☐ Lento ☐

 Acelerado ☐ Habla mucho ☐

Atención: Normal ☐ Fluctuante ☐ Hiper vigilante ☐

PATRÓN 7: Autopercepción – autoconcepto

Auto descripción de sí mismo:

Sentimientos respecto a sí mismo y sus capacidades:

Inferioridad ☐ Rabia ☐ Culpa ☐ Inutilidad ☐ Tristeza ☐

Impotencia ☐ Satisfacción ☐ Otros ☐

Percepción de la imagen corporal: Aceptada ☐ Rechazada ☐

Correspondencia entre su autopercepción y sus capacidades reales:

Ajustada a la realidad ☐ Sobrevaloración ☐ Exageración de errores y limitaciones ☐

Percepción de exigencias o presiones:

Conductas agresivas y otras alteraciones:

Heteroagresividad ☐ Ideas de suicidio ☐ Autoagresividad ☐

Intentos autolíticos ☐ Otras ☐

Intereses personales:

PATRÓN 8: Rol-relaciones

Nivel de independencia:

• Física: SI ☐ NO ☐ • Psicosocial: SI ☐ NO ☐

• Económica: SI ☐ NO ☐ • Incapacidad civil: SI ☐ NO ☐

Familia, estructura y roles familiares:

Relación con la familia (sentimientos):

Dificultades

Rol que desempeña: Sensación de apoyo: SI ☐ NO ☐

Respuesta de la familia ante la enfermedad del paciente:

Culpa ☐ Desinterés ☐ Rabia ☐ Ansiedad ☐

Agresividad ☐ Preocupación ☐ Sobreprotección ☐ Apoyo eficaz ☐

Conoce el familiar la enfermedad y su tratamiento: SI ☐ NO ☐

Tareas domésticas que realiza:

Personas más significativas y Tº que pasa con ellas

Pertenencia a grupos sociales: SI ☐ NO ☐

Dificultades en sus relaciones sociales: SI ☐ NO ☐ ¿de qué tipo?

Relación con los profesionales de la salud:

Trabajo: Rol que desempeña:

• Grado de satisfacción:

• Relación con los compañeros:

Incapacidad laboral: SI ☐ NO ☐

Pensión

PATRÓN 9: Sexualidad-Reproducción

Valoración de su actividad sexual: Satisfactoria ☐ Insatisfactoria ☐ Indiferente ☐

Cambios en las relaciones sexuales: Libido ☐ Frecuencia ☐ Satisfacción ☐

- Sentimientos frente a los cambios:

Problemas con su identidad sexual:

Medios anticonceptivos:

Menstruación:

- Ciclo menstrual: Regular ☐ Irregular ☐
- Alteraciones: Amenorrea ☐ Dismenorrea ☐ Otras ☐
- Menopausia: SI ☐ NO ☐

Otros problemas:

PATRÓN 10: Adaptación-tolerancia al estrés

Ansiedad:..... SI, moderada ☐ SI, grave ☐ NO ☐

Desencadenantes posibles de estrés:

Sentimientos que aparecen: Rabia ☐ Impotencia ☐ Tristeza ☐
Frustración ☐ Otros ☐

Estrategias de control-adaptación: Agresividad ☐ Hiperactividad ☐ Evitación ☐
Inhibición ☐ Alcohol ☐ Somatización ☐

Efectividad de las estrategias: Control ☐ Control parcial ☐ Ineficacia ☐

Duelo: SI ☐ NO ☐

PATRÓN 11: Valores y creencias

Valores y creencias habituales en su historia personal y familiar:

Importancia de estos valores:

Metas personales:

Practicante de alguna religión:

Creencias acerca de la enfermedad:

Enfermera referente

PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUALIZADO

I. DATOS GENERALES.

Nombres y apellidos:		Historia Clínica:
Fecha de inicio:	Fecha de alta:	
Nombres y apellidos de familiar:		Tel. Familiar:
Establecimiento de salud de referencia:		

II. INGRESO Y RECEPCIÓN: Se presenta a la persona hospitalizada, familiar y/o representante legal lo siguiente:

- El motivo de ingreso y lo que implica.
- El nombre personal del equipo de salud mental de la UHSMA y al resto de personas hospitalizadas que se encuentran en UHSMA
- Horarios de la unidad (descanso, comida, consultas del personal, entre otros).
- Normas, derechos y deberes
- Políticas de objetivos personales.
- Política de visitas

III. PROBLEMAS Y NECESIDADES IDENTIFICADOS EN LA PERSONA HOSPITALIZADA.

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

IV. PROBLEMAS Y NECESIDADES IDENTIFICADOS DEL ENTORNO CERCANO DE LA PERSONA HOSPITALIZADA (FAMILIA, TRABAJO, LUGAR DE ESTUDIOS O VECINDARIO).

1	
2	
3	
4	
5	



CONTINUA: PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUALIZADO.

PROBLEMAS Y NECESIDADES	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	RESPONSABLES	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN DEL LOGRO DE OBJETIVOS
		PSIQUIATRA	☐ Manejo de la Intoxicación	
			☐ Manejo de la Dependencia a SPA	
			☐ Manejo de la Supresión	
			☐ Manejo de las Condiciones Físicas	
			☐ Manejo de los trastornos psiquiátricos	
			☐ Manejo Farmacológico	
			☐ Manejo de la Sugeción Mecánica	
		PSICÓLOGO	☐ exámenes auxiliares: • • • •	
			☐ Motivación para el cambio	
			☐ Psicoeducación	
			☐ Estimulación Cognitiva	
			☐ Terapia de Relajación	
			☐ Psicoterapia Individual	
			☐ Psicoterapia Familiar	
			☐ Psicoterapia de Grupo GAM	



PSICÓLOGO	☐ Manejo conductual	
	☐ Activación Conductual	
	☐	
	☐ Evaluación Psicológica	
	☐ Personalidad	
	☐ Organicidad	
	☐ Inteligencia	
	☐ Pensamiento	
	☐ otros • • •	
	ENFERMERÍA	☐ Observación y registro de conducta
☐ Psicoeducación		
☐ Adherencia al tratamiento		
☐		

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL



ANEXO N° 17
FORMATO DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

1. Información de la persona hospitalizada:

Nombres y apellidos:

Fecha de ingreso a hospitalización:

Fecha de alta clínica:

Diagnóstico clínico:

2. Objetivos planteados en el plan terapéutico individual (PTI): (Lista de objetivos terapéuticos y resumen del cumplimiento)

3. Plan terapéutico individual (PTI): Resumen de las intervenciones realizadas y una evaluación del progreso de recuperación de la persona hospitalizada.

4. Recomendaciones

Firma y sello del médico	Firma y sello del licenciado en enfermería	Firma y sello del psicólogo
---------------------------------	---	------------------------------------