

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000616

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

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037

N° E/M : 00593

Señores :	R.U.C. :
Dirección :	
Teléfono :	Fax :
Email :	Fecha :
Concepto :	Moneda : S/.

REQUERIMIENTO DE FORMATOS DE ATENCION PARA EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HRGDV-ABANCAY

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
3000	UNIDAD	475100015753	FORMATO DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS CON MODIFICACIONES EN EL FORMATO		
2000	UNIDAD	475100017972	FORMATO DE TERAPIA CLINICA		
2000	UNIDAD	475100015497	FORMATO EXAMENES AUXILIARES		
2000	UNIDAD	475100054417	FORMATO RESULTADO DE TAMIZAJE PRUEBA RAPIDA VIH / SIFILIS		
2	MILLAR	475100016410	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE TIPO ELECTIVO		
3	MILLAR	475100017803	FORMATO DE EVOLUCION MEDICA		
2	MILLAR	475100016238	FORMATO DE EXAMEN CLINICO		
1	MILLAR	475100015561	FORMATO DE HOJAS DE CONSENTIMIENTO PARA ANTICONCEPCION		
5	MILLAR	475100015391	FORMATO EMERGENCIA OBSTETRICA		
5	MILLAR	475100015328	FORMATO HOJA DE ATENCION DE EMERGENCIA		
2	MILLAR	475100017023	FORMATO HOJA DE MONITOREO MATERNO		
3	MILLAR	475100015386	FORMATO HOJA PELMATOSCOPIA		
3	MILLAR	475100015330	FORMATO INTERCONSULTA		
5	MILLAR	475100015388	FORMATO NOTAS DE OBSTETRICIA CON MODIFICACIONES EN EL FORMATO SE ADJUNTAN 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 TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

Órgano y/o Unidad Orgánica:	Servicio de Obstetricia
Actividad del POI:	POBLACIÓN ACCEDE A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Denominación de la Contratación:	Adquisición de FORMATOS DE ATENCIÓN para el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz del Vega

XIX. FINALIDAD PÚBLICA (Obligatorio)

El presente proceso busca asegurar la buena atención, segura, oportuna y con estándares de calidad para los pacientes del hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

XX. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO (Obligatorio)

Adquisición de **FORMATOS DE ATENCIÓN** para el servicio de obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

XXI. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LOS BIENES A CONTRATAR (Obligatorio)

3.1 Descripción de los bienes a contratar:

- Formatos en papel de 75 gramos
- A4
- LOS FORMATOS DE Notas de obstetricia y actividades tienen algunas modificaciones

META	ACTIVIDAD	CLASIFICADOR	NOMBRE DEL INSUMO O FORMATO	ESPECIFICACION	CANTIDAD
003	POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	23.15.12	FORMATO DE EMERGENCIAS GINECO-OBSTETRICAS	AMBAS CARAS	5 MILLARES
			FORMATO DE INTERCONSULTA	UNA CARA	3 MILLARES
			FORMATO DE PELMATOSCOPIA	UNA CARA	3 MILLARES
			NOTAS DE OBSTETRICIA	AMBAS CARAS	5 MILLARES
			FORMATO DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS	AMBAS CARAS	5 MILLARES
			EXAMENES AUXILIARES	UNA CARA	2000 UNIDADES
			CONSENTIMIENTO PARA ANTICONCEPCION IMPLANTE	UNA CARA	1 MILLAR
			ACTIVIDADES EDUCATIVAS	UNA CARA	3,000 UNIDADES
			EXAMEN CLINICO	UNA CARA	2 MILLARES
			CONSENTIMINETO INFORMADO	AMBAS CARAS	2 MILLARES
			MONITOREO MATERNO	UNA CARA	2 MILLARES
			EVOLUCION CLINICA	UNA CARA	3 MILLARES
			TERAPEUTICA MEDICA	UNA CARA	2,000 UNIDADES
			FORMATO DE VIH	UNA CARA	2,000 UNIDADES

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

De acuerdo a la Normas Técnicas Peruanas (NTP), enfocadas en la implementación de estándares de calidad

XXIII. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN (De corresponder)

No aplica.

XXIV. GARANTÍA COMERCIAL (Obligatorio)

El postor brindara la garantía por un lapso de 12 meses, inicio del cómputo del periodo de garantía a partir del día siguiente de la entrega de bienes, de los posibles defectos de fabricación.

XXV. MUESTRAS (De corresponder)

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
Analys Fuentes Gonzales
OBSTETRICIA
COP. 21837



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



No aplica.

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

- Persona natural o jurídica.
- Estar habilitado para contratar con el estado.
- Contar con registro Nacional de Proveedores vigente en el apartado de bienes. RNP
- RUC Activo y Habido.

XXVII. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA (Obligatorio)

Lugar: La entrega se realizará en el **ALMACEN CENTRAL** del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- Abancay

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

XXVIII. 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 Díaz de la Vega y la conformidad será otorgada por el JFE DE ALAMACEN CENTRAL Y AREA USUARIA

XXIX. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO (Obligatorio)

El pago se realizará de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Ley. El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega paga las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los (10) días hábiles siguientes de otorgada la conformidad por parte del área usuario 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 correspondientes, según lo establecidos 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 (10) días calendarios posterior a la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato.

XXX. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

El contratista es responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de bien ofertado por un plazo no menor de (01) año, contando a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

XXXI. 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:

Penalidad Diaria = $0.10 \times \text{Monto}$

F x 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.

XXXII. OTRAS PENALIDADES (De corresponder)

No aplica.

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
Analys Fuentes Gonzales

XXXIII. 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.

XXXIV. OBLIGACION ANTICORRUPCION Y ANTISOBORNO (Obligatorio)

A la suscripción del contrato o de la formalización de la Orden, el Contratista declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de manera directa o indirecta, al (los) evaluador (es) del proceso de contratación o cualquier servidor de EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.

Asimismo, el Contratista se obliga a mantener una conducta proba e íntegra durante la vigencia del contrato, y después de culminado el mismo en caso existan controversias pendientes de resolver, lo que supone actuar con probidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente. Aunado a ello, el Contratista se obliga a abstenerse de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contratación y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito.

En esa línea, se obliga a adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados.

Adicionalmente, el Contratista se compromete a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato con EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.

Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participacionistas, integrantes 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.

XXXV. 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.

XXXVI. GESTIÓN DE RIESGOS (De corresponder)

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

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

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO
DÍAZ DE LA VEGA
Área Usuaria o Técnica Estratégica

Firma

Área usuaria o técnica estratégica



Fecha: ____/____/____ Hora: ____ Referida de: ____ Hist. Clínica: ____

Apellidos y Nombres: Edad: N° cama:

MOTIVO DE ATENCION	Dolor ☐	Tumoración ☐	Pérdida de Líquido Amniótico ☐	Fiebre ☐	G.....P.....	
	Flujo ☐	Trastornos Menstruales ☐	Vómitos ☐	Síntomas Urinarios ☐	FUR..... FPP.....	
	Sangrado Vaginal ☐	Contracciones Uterinas ☐	Convulsiones ☐	Ausencia de Movimientos Fetales ☐	EG..... Sem. X.....	
ENFERMEDAD ACTUAL	Tiempo de Enfermedad.....					
ANTECEDENTES						
EXAMEN FISICO GENERAL	SPO2					
	T° °C	Escala general y sensorio			Edemas 4+	
	Pulso x1	Aparato cardiovascular			Reflejos /4+	
	PR: x1	Aparato respiratorio				
	PA: mm.Hg.	Aparato urinario				
		Abdomen				
	Peso Kg.	Extremidades				
EXAMEN GINECOLÓGICO	NORMAL ANORMAL					
	GE y GUS ☐	☐				
	Vagina ☐	☐				
	Cervix ☐	☐				
	Utero ☐	☐				
	Anexos ☐	☐				
	F. de saco de Douglas ☐	☐				
	Parámetros (T.R.) ☐	☐				
Mamas ☐	☐					
EXAMEN OBSTETRICO	ABDOMEN		FETO: SITUACIÓN	POSICIÓN	PRESENTACIÓN	EMBARAZOS MÚLTIPLES ☐
	A.U. cm.	Long.	Derecha ☐	Cefálica ☐	Feto (1)	
	L.F. x min.	Transversa ☐	Izquierda ☐	Podálica ☐	Feto (2)	
	Soplos: No ☐ SI ☐	Dinámica Uterina	Hidramnios	Feto (3)		
	DIPS. No ☐ SI ☐	Ponderado Fetal	SI ☐ No ☐			
	TACTO VAGINAL		LÍQUIDO AMNIÓTICO	PELVIMETRA	PELVIS GINEGOIDE	
	Dilatación cm.	Membranas R ☐ I ☐	Claro ☐	ESTRECHO SI ☐ NO ☐		
	Incorporación %	Procúbito ☐	Meconial ☐			
	Altura Presentación	Prolapso ☐	Sanguinolento ☐	Adecuado Contrario Describir		
	Variedad Presentación	Sangrado Vaginal ☐	Con mal olor ☐	Superior ☐ Medio ☐ Inferior ☐	Compatibilidad feto - pélvico ☐ ☐ ☐	
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (CIE 10)	PLAN DE TRABAJO				DESTINO:	
	1.-	()	1.-	Hospitalización ☐	AMEDU ☐	
	2.-	()	2.-	Centro Obst. ☐	Su casa ☐	
	3.-	()	3.-	Ginecología ☐	Alta ☐	
	4.-	()	4.-	Casa Materna ☐		
	5.-	()	5.-	CENTRO QUIRURGICO:		
TRATAMIENTO					Cesárea ☐	
					LU ☐	
					Otros:	
.....MEDICO RESPONSABLE FIRMA Y SELLO.....						

REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE EMERGENCIA GINECO - OBSTÉTRICA

FECHA Y HORA:



MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

FECHA / / 202 HORA : Hrs N° H.CL. EDAD:

PACIENTE: DNI:

SERVICIO DE: A: CAMA:

Diagnóstico Presuntivo:

Enfermedad Actual:

Motivo de Consulta:

Firma del Solicitante

Fecha y hora:

Descripción de Hallazgos:

Exámenes y/o procd. Realizados:

Diagnóstico:

Recomendaciones:

Firma del Médico Consultado



NORMA DEL HOSPITAL: El llenado de esta identificación debe realizarse en el centro obstétrico

HOJA PELMATOSCOPIA

MADRE:años

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Edad

SERVICIO:

CAMA:

HISTORIA CLÍNICA:

DOMICILIO:

PROCEDENCIA:

PADRE:años

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Edad

RECIÉN NACIDO:SEM.

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Edad

FECHA:

HORA:

SEXO: Masc. () Fem. ()

PESO:

gr.

TALLA:

cm.

APGAR: 1' () 5' ()

PC :

PT :

T° :

Por Personal de Salud
(Planta pie Derecho)

Por Personal de P.N.P.
(Planta pie Derecho)

Fecha:

Firma:

INDICE DERECHO
(Madre)

Fecha:

Firma:

NORMA DEL HOSPITAL: Cada nota deber llevar la firma legible de la Obstetra y numero de COP

[illegible]

NOTAS DE OBSTETRICIA



caron (2)

[illegible]

APELLIDO PATERNO	NOMBRES	SERVICIO N°	CAMA	HIST. CLINICA

NOTAS DE OBSTETRICIA



NORMA DEL HOSPITAL: La obstetriz de guardia debe llenar este formato para cada paciente que ingresa al servicio de Emergencia Gineco-Obstétrica.

Fecha de INGRESO:/...../..... Hora: Edad: Sexo: Peso (Kg).....

EE.SS. QUE REFIERE:

DX DE REFERENCIA:

MENAR: RC: MAC: FUP:/...../..... FUM: EG: G: P:

INICIO RX.....

MOTIVO DE ATENCIÓN:

..... T/E:

CEFALEA: (si) (No) TINNITUS: (si) (No) ESCOTOMAS: (si) (No) V. BORROSA: (si) (No) EDEMA: (si) (No)

NAUCEAS: (si) (No) MAREOS: (si) (No) EPIGASTRALGIA: (si) (No) VOMITOS: (si) (No)

CONTROL DE OBSTETRICIA EMERGENCIA

HORA								
Presión Arterial								
Frec. Cardíaca								
Frec. Respiratoria								
Temperatura								
Saturación de Oxígeno								
Conjuntivas								
Mucosas								
Mamas								
Alt. Uterina								
Feto Sit. Pres. Pasc.								
Latidos Fetales								
Diman Uterino								
Sangrado Vaginal								
Perdida de L.A.								
Monitoreo electrónico fetal								
Vómitos								
Diuresis								
Heces								

HORA:	APLICA	ASS	NEGATIVO	
T.V:	NO APLICA		POSITIVO	+ ++ +++ ++++

EXAMEN AUXILIARES	MARCA	P/R/TR
1. HEMOGRAMA COMPLETO		
2. G-U-C		
3. TC-TS		
4. PERFIL DE COAGULACIÓN		
5. ECOGRAFÍA		
6. MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL		
7. EXAMEN COMPLETO ORINA		
8. UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA		
9. PCR		
10. TEST DE HELECHO		
11. GRUPO Y FACTOR		
12. PR VIH		
13. PR RPR		
14. PERFIL HEPÁTICO		
15. ACIDO ÚRICO		
16. ASS		
17.		

INDICACIONES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

FIRMA Y SELLO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERV. N°	CAMA N°	N° HCL.

KARDEX EMERGENCIA OBSTETRICA

[illegible][illegible]



Galdemio Díaz de la Vega

Pegar ordenadamente los resultados de laboratorio de acuerdo a su recepcion desde abajo hacia arriba, comenzando por el primer espacio.

HIST. CLINICA

Nº SIS:



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección Regional de
Salud Apurímac

DIRESA/GERESA/DIRIS _____ ESTABLECIMIENTO _____ N° de Historia Clínica _____

Consentimiento Informado y Solicitud para la Inserción del Implante Subdérmico

Yo, _____, identificado con D.N.I. N° _____, declaro que he recibido información suficiente y debida del personal de salud y comprendido lo siguiente:

El implante sub dérmico es un método anticonceptivo temporal y tiene una duración de 3 años.

Ningún método anticonceptivo es perfecto y que algunas mujeres han quedado embarazadas mientras usan el implante (1 de cada 1000 mujeres durante el primer año de uso).

El implante no me protegerá contra la infección por VIH u otras infecciones de transmisión sexual y que debo usar condones para protegerme contra estas infecciones.

Tiene beneficios, riesgos, efectos secundarios que los he entendido con claridad.

Algunos medicamentos pueden interactuar con el implante y disminuir su eficacia como anticonceptivo. Debo informar a todos mis proveedores de atención médica que estoy usando un implante anticonceptivo.

Declaro que no estar embarazada y si en el momento de la aplicación no estuviera menstruando, asumo la responsabilidad por un posible embarazo en curso, no obstante haberse realizado, de ser necesario, una prueba de embarazo con resultado negativo.

Debo informar si alguna vez he tenido alguno de los siguientes problemas antes de usar el implante anticonceptivo subdérmico:

- Coágulos de sangre en los pulmones, las piernas o el cerebro
- Sangrado inexplicable de la vagina
- Inflamación de las venas
- Cáncer de seno o útero
- Enfermedad hepática
- Enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular

He informado al proveedor de atención de planificación Familiar si alguna vez he tenido alguno de los siguientes problemas, de modo que me ha podido explicar los problemas que se pueden presentar si uso un implante anticonceptivo subdérmico:

- Diabetes
- Colesterol alto
- Dolores de cabeza
- Convulsiones o epilepsia
- Enfermedad de la vesícula biliar o renal
- Depresión
- Presión arterial alta o hipertensión

Los efectos secundarios asociados que pudieran presentarse a veces con el implante anticonceptivo subdérmico incluyen:

- Cambios en el patrón de sangrado menstrual, o incluso la ausencia de periodos menstruales.
- Manchado o sangrado entre periodos
- Aumento de peso
- Dolores de cabeza
- Acné
- Cambios en el estado de ánimo, nerviosismo

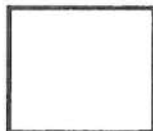
Se pueden presentar algunos problemas relacionados con la inserción o en el retiro del implante:

- Dolor, irritación, inflamación o hematomas en el lugar de inserción/retiro en el brazo
- Tejido cicatricial grueso alrededor del implante que dificulta su retiro
- Infección en el lugar de inserción/retiro
- Se debe retirar al final de tres años, pero se puede quitar antes si lo desea.
- Si tengo problemas puedo ubicar a un proveedor de atención de planificación familiar para solicitar ayuda.

Por tanto, después de recibir información sobre este método anticonceptivo y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria la opción del Implante subdérmico, por lo que solicito y autorizo su inserción. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones y asistir a los controles posteriores a la inserción del implante en las fechas que se me indique.

Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: ____/____/____



Firma de la Usuaría

Huella Digital

Firma y sello de el/la Médico/a Cirujano/a u Obstetra

Si la usuaria es analfabeta un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.

Quien suscribe es testigo que la usuaria conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: ____/____/____ Nombre de la/el Testigo: _____

Firma de el/la Testigo
D.N.I.

Huella Digital de la/el Testigo



ACTIVIDADES EDUCATIVAS DE SALUD

FIRMA

- CHARLAS ☐ Tema : Fecha : / /
- VIDEOS ☐ Tema : Fecha : / /

CONSEJERÍA

TEMA

FECHA

FIRMA DEL
RESPONSABLE

- Prevención del Cáncer Ginecológico ☐ / /
- Planificación Familiar ☐ Fecha: / /
- ITS/VIH SIDA ☐ Fecha: / /
- LACTANCIA Materna (1era) ☐ Fecha: / /
- LACTANCIA Materna (2da) ☐ Fecha: / /
- ADMINISTRACIÓN VITA ☐ Fecha: / /
- SIGNOS DE ALARMA DEL PUERPERIO ☐ Fecha: / /
- CORTE TARDIO de CU, Prevención de Anémic. ☐ Fecha: / /
- ENTREGA y orientación SOBRE CNV ☐ Fecha: / /
- Salud Mental: RESULTADO
- VIF Fecha:
- SRQ / /

METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ELEGIDO

- DIU ☐
- INYECTABLE ☐
- AQV ☐
- AOE ☐
- PILDORA COMBINADA ☐
- BARRERA ☐
- MELA/ABSTINENCIA ☐
- NO ACEPTA ☐
- IMPLANTE ☐
- OTROS ☐

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERV. N°	CAMA N°	HISTORIA CLINICA



NORMA DEL HOSPITAL: Debe anotarse todos los signos importantes.

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

APELLIDOS

NOMBRES

SERVICIOS

CAMA

HIST. CLÍNICA

EXAMEN CLINICO

SIS:

**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE EMERGENCIA**

Nombre del Centro Asistencial:

Servicio:

Nº de Cama:

Yo, Don/doña: ; de

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

paciente (o Don/doña de de edad;

de sexo identificado con de parentesco

..... en mi calidad de Representante

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

mantenido una reunión con el/los médico(s) que me tratan, Dr. (es)

.....

.....

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

dedicación para con mi caso y mi persona me ha(n) informado ampliamente acerca de mi

enfermedad, de los estudios que podrían ser necesarios para lograr su diagnóstico definitivo

y de el/los tratamiento(s) que ella requiere.

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

enfermedad que padezco, que es

.....

según me informan el/ los médico(s) que me tratan, y que el tratamiento que me ha(n) propuesto

es

.....

.....

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

médico, además de los posibles riesgos o complicaciones del procedimiento quirúrgico en

mención, así como de sus ventajas y beneficios

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

.....los cuales

pueden aumentar la probabilidad de complicaciones.

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

explicado los beneficios y riesgos del tipo de anestesia a utilizar.

Los facultativos me han asegurado se tomarán todas las medidas y precauciones para

reducir en lo posible el riesgo y las posibles complicaciones de la enfermedad de la

intervención quirúrgica y de la anestesia.

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

tratamiento, las mismas que son

.....

Se me ha explicado y he comprendido que la firma del presente documento no exime de

responsabilidad a mi(s) médico(s) tratante(s), y que en cualquier momento puedo comunicar mi

necesidad de revocar el consentimiento que ahora puedo prestar.

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

Manifiesto lo siguiente: *Deberá ser llenado por el/ la paciente*

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

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

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

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

FIRMA DEL PACIENTE
(o del Representante Legal en caso de Incapacidad del Paciente)
Nombres y Apellidos:
.....
Documento de Identidad:

HUELLA DIGITAL:

FIRMA DEL MEDICO INFORMANTE
Nombres y Apellidos:
.....
CMP:
.....

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

FIRMA DEL TESTIGO

Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Parentesco:
HUELLA DIGITAL:
Fecha:/...../..... Hora:

HOGAR MATERNO

HOJA DE REFERENCIA

NOMBRE DE LA GESTANTE:

DIAGNOSTICO:

FUNCIONES VITALES:
PA: AU LCF

PROCEDENCIA

COMUNIDAD

DISTRITO

ACOMPAÑANTE

FECHA: HORA:

PERSONAL QUE REFIERE:

CONTRAREFERENCIA

FECHA DE INGRESO:

FECHA DE EGRESO:

DIAGNOSTICO DE EGRESO:

PERSONAL QUE CONTRAREFIERE:

HOGAR MATERNO

HOJA DE REFERENCIA

NOMBRE DE LA GESTANTE:

DIAGNOSTICO:

FUNCIONES VITALES:
PA: AU LCF

PROCEDENCIA

COMUNIDAD

DISTRITO

ACOMPAÑANTE

FECHA: HORA:

PERSONAL QUE REFIERE:

CONTRAREFERENCIA

FECHA DE INGRESO:

FECHA DE EGRESO:

DIAGNOSTICO DE EGRESO:

PERSONAL QUE CONTRAREFIERE:

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

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

FECHA:	EXAMEN SUBJETIVO	(S)	APRECIACION CLINICA	(A)
HORA:	EXAMEN OBJETIVO	(O)	PLAN ESTUDIO, TRATAM.	(P)

[illegible]

APELLIDOS	NOMBRES	SERVICIO	CAMA	HIST. CLÍNICA
-----------	---------	----------	------	---------------



NORMA DEL HOSPITAL: Cada indicación debe ir seguida de la firma y sello del Médico.

- (7) Otras Indicaciones

- (8) **Proced. Enfermería**

- (9) Firma Médico

APELLIDOS	NOMBRES	SERVICIO	CAMA	HIST. CLÍNICA
TERAPEUTICA MEDICA				Nº SIS

**FORMATO DE SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN
DE PRUEBA RÁPIDA PARA VIH
DURANTE EL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO O ABORTO**

Apellidos y Nombres : Edad:

N° Historia Clínica :

Establecimiento de Salud:

Prueba a solicitar: ELISA para VIH ☐ Prueba Rápida para VIH ☐
Gestante ☐ Trabajo de parto ☐ Puerpera ☐
Aborto ☐

RESULTADO

Fecha...../...../.....

Firma y sello Consejería

Firma del Paciente

N° DNI

ESTE EXAMEN ES GRATUITO

**FORMATO DE SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN
DE PRUEBA RÁPIDA PARA VIH
DURANTE EL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO O ABORTO**

Apellidos y Nombres : Edad:

N° Historia Clínica :

Establecimiento de Salud:

Prueba a solicitar: ELISA para VIH ☐ Prueba Rápida para VIH ☐
Gestante ☐ Trabajo de parto ☐ Puerpera ☐
Aborto ☐

RESULTADO

Fecha...../...../.....

Firma y sello Consejería

Firma del Paciente

N° DNI

ESTE EXAMEN ES GRATUITO