

ANEXO 2

ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

Órgano y/o Unidad Orgánica:	OFICINA DE SEGUROS, CONVENIOS, REFERENCIAS Y CONTRA REFERENCIAS
Actividad del POI:	
Denominación de la Contratación:	SOLICITO COMPRA DE FORMATOS DE ATENCION DE REFERENCIAS PARA LA OFICINA DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS

I. FINALIDAD PÚBLICA

Contratación del servicio de impresión de formatos de atención de referencias para la Oficina de referencias y contra referencias afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) durante el año 2025.

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

El objetivo de la contratación es dotar al personal del área de referencias del hospital para que puedan realizar la atención de referencias de pacientes afiliados al SIS durante el año 2025.

III. CARACTERISTICAS TECNICAS

El proveedor adjudicado deberá diseñar el formato para la impresión, tal cual el modelo y el servicio consiste en un tipo de formato auto copiables, empastados con las siguientes especificaciones:

1. Hoja de atención de referencias
 - Cantidad: 25 blocks X 50 juegos de formatos de atención de referencias para la Oficina de referencias y contra referencias
 - Numeración: Desde 00001 al 01250
 - Tamaño A5 – autocopiativo (2 copias y se adjunta el modelo)
 - MEDIDAS: 16CM X 21 CM APROXIMADO
 - Título es: **COORDINACIÓN DE REFERENCIA HOSPITAL REGIONAL CUSCO**

SE ADJUNTA FOTO REFERENCIAL

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

(Señalar los reglamentos técnicos, normas metrológicas y/o sanitarias nacionales que resulten aplicables de acuerdo con las características de la contratación)

V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN (De corresponder)

No corresponde

VI. GARANTÍA COMERCIAL

6 meses

VII. MUESTRAS (De corresponder)

No corresponde

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

- Contar con RUC activo y habido.
- Deberá dedicarse al rubro del servicio solicitado.
- No tener impedimento de contratar con el estado conforme al Art.11 de la ley de contrataciones de estado N°32069.

X. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA

Lugar: Los bienes serán entregados en Almacén Central del Hospital Regional Cusco, ubicado en la Av. La Cultura S/N del distrito, provincia y departamento de Cusco. Oficina de Referencias y contra referencias.

Plazo: Los bienes materia de la presente convocatoria se entregan en el plazo de 5 DIAS CALENDARIO NOTIFICADA LA ORDEN DE COMPRA.

XI. CONFORMIDAD

La conformidad de los bienes, será otorgada por el área usuaria Oficina de Seguros, convenios, referencias y contrareferencias para lo cual el proveedor deberá cumplir con las especificaciones técnicas requeridas, la recepción del bien por el jefe de Almacén Central del Hospital Regional Cusco.

XII. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en PAGO UNICO

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Recepción del Almacén Central de la Entidad.
- Conformidad otorgada por el área usuaria.
- Comprobante de pago.

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.

XIII. 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.

XIV. PENALIDADES

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 = 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.

XV. OTRAS PENALIDADES (De corresponder)

XVI. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (Obligatorio)

El Hospital Regional Cusco puede resolver el contrato, en los siguientes casos:

- a) Por acumulación del monto máximo de la penalidad por mora o por el monto máximo para otras penalidades, en la ejecución de la prestación a su cargo.
- b) Caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite la continuación del contrato.
- c) Incumplimiento de obligaciones contractuales, por causa atribuible al contratista.
- d) Hecho sobreviniente al perfeccionamiento del contrato, de supuesto distinto al caso fortuito o fuerza mayor, no imputable a ninguna de las partes, que imposibilite la continuación del contrato.
- e) Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción y antisoborno.
- f) Por la presentación de documentación falsa o inexacta durante la ejecución contractual.

XVII. OBLIGACION ANTICORRUPCION Y ANTISOBORNO

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 Hospital Regional Cusco.

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 Cusco.

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 Hospital Regional Cusco el derecho de resolver total o parcialmente el contrato.

XVIII. SOLUCION DE CONTROVERSIAS

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



COORDINACIÓN DE REFERENCIA HOSPITAL REGIONAL CUSCO

Nº 003601

FECHA: _____ HORA: _____ EE. SS: _____ RED: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ TIPO DE FINANCIAMIENTO: _____

SIGNOS: PA _____ T° _____ FR _____ FC _____ SATURACIÓN: _____ GLASGOW: _____

SÍNTOMAS: _____

DIAGNÓSTICO: 1.- _____ CIE 10 _____

DIAGNÓSTICO: 2.- _____ CIE 10 _____

DIAGNÓSTICO: 3.- _____ CIE 10 _____

ESTADO DEL PACIENTE AL SALIR DEL ESTABLECIMIENTO: BUENO _____ REGULAR _____ MALO _____

PERSONAL QUE COORDINA LA:

REFERENCIA: _____ COLEGIATURA: _____

MÉDICO (CON QUIEN SE COORDINÓ): _____ HORA: _____

SERVICIO DE DESTINO: _____ HORA DE ACEPTACIÓN: _____

MOTIVO OBSERVACIÓN (CASO DE NO SER ACEPTADO): _____

OBSERVACIÓN Y MONITOREO DURANTE EL TRASLADO: _____

PERSONAL QUE ACOMPAÑA: _____

ESTADO DEL PACIENTE AL LLEGAR AL HRC: _____

FECHA DE LLEGADA: _____ HORA DE LLEGADA AL HRC: _____



COORDINACIÓN DE REFERENCIA HOSPITAL REGIONAL CUSCO

Nº 003601

FECHA: _____ HORA: _____ EE. SS: _____ RED: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ TIPO DE FINANCIAMIENTO: _____

SIGNOS: PA _____ T° _____ FR _____ FC _____ SATURACIÓN: _____ GLASGOW: _____

SÍNTOMAS: _____

DIAGNÓSTICO: 1.- _____ CIE 10 _____

DIAGNÓSTICO: 2.- _____ CIE 10 _____

DIAGNÓSTICO: 3.- _____ CIE 10 _____

ESTADO DEL PACIENTE AL SALIR DEL ESTABLECIMIENTO: BUENO _____ REGULAR _____ MALO _____

PERSONAL QUE COORDINA LA:

REFERENCIA: _____ COLEGIATURA: _____

MÉDICO (CON QUIEN SE COORDINÓ): _____ HORA: _____

SERVICIO DE DESTINO: _____ HORA DE ACEPTACIÓN: _____

MOTIVO OBSERVACIÓN (CASO DE NO SER ACEPTADO): _____

OBSERVACIÓN Y MONITOREO DURANTE EL TRASLADO: _____

PERSONAL QUE ACOMPAÑA: _____

ESTADO DEL PACIENTE AL LLEGAR AL HRC: _____

FECHA DE LLEGADA: _____ HORA DE LLEGADA AL HRC: _____

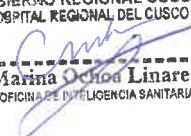
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"
 "Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

Nº	NOMBRE DE LA FICHA EPIDEMIOLOGICA	ESPECIFICACION	CANTIDAD
7	Vigilancia Centinela del INTENTO SUICIDA - FICHA DE REGISTRO	Se adjunta modelo de VIGILANCIA CENTINELA DEL INTENTO SUICIDA. FICHA DE REGISTRO. anverso <u>NO AUTOCOPIATIVA.</u>	1000 Fichas, organizadas en 20 blocks x 50 fichas cada una. A4
8	Vigilancia Centinela del EPISODIO PSICOTICO - FICHA DE REGISTRO	Se adjunta modelo de VIGILANCIA CENTINELA DEL EPISODIO PSICOTICO. FICHA DE REGISTRO. anverso <u>NO AUTOCOPIATIVA.</u>	1000 Fichas, organizadas en 20 blocks x 50 fichas cada una. A4
9	Vigilancia Centinela del EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE - FICHA DE REGISTRO	Se adjunta modelo de VIGILANCIA CENTINELA DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE - FICHA DE REGISTRO. FICHA DE REGISTRO. anverso <u>NO AUTOCOPIATIVA.</u>	1000 Fichas, organizadas en 20 blocks x 50 fichas cada una. A4
10	Ficha de Investigación clínico epidemiológica. VIGILANCIA INTENSIFICADA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVES (IRAG) Y MUERTE POR IRAG.	Se adjunta modelo de FICHA DE INVESTIGACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA. VIGILANCIA INTENSIFICADA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVES (IRAG) Y MUERTE POR IRAG. <u>1RA HOJA ORIGINAL COLOR BLANCA, DOS AUTOCOPIATIVAS, 1RA COPIA COLOR ROSADA Y 2DA COPIA VERDE.</u>	1000 Fichas, organizadas en 20 blocks x 50 fichas cada una. A4

Así mismo, SOLICITO QUE ANTES DE LA IMPRESIÓN DEFINITIVA EL PROVEEDOR DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DEBE TRAER PARA REVISIÓN Y APROBACIÓN FINAL DEL USUARIO, toda vez que en impresiones anteriores se cometieron errores u omisiones en las impresiones.

Es cuanto informo a su despacho, para que se disponga a quien corresponda la atención de lo requerido.

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
 HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

 Med. Marina Ochoa Linares
 JEFA DE LA OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA

MAOL/maol
 C.C.Arch
 18.08.2025





← separar

Hospital	Número de Ficha <input style="width: 150px;" type="text"/>			
	Fecha de 1ra evaluación debido a Cáncer <input style="width: 100%;" type="text"/>	N° HC / N° Autogenerado (EsSalud) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de Último Control <input style="width: 100%;" type="text"/>	Clase de Caso <input style="width: 50px;" type="text"/>
Paciente	Paciente: _____			
	Apellido paterno <input style="width: 100%;" type="text"/>		Apellido Materno <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Nombres <input style="width: 100%;" type="text"/>			
	Tipo de Documento: <input style="width: 50px;" type="text"/>		N° Documento: <input style="width: 150px;" type="text"/>	
	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento <input style="width: 100%;" type="text"/>	Edad <input style="width: 50px;" type="text"/>
	Nivel de Instrucción <input style="width: 50px;" type="text"/>		Ocupación <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Lugar de Nacimiento			
	Pais <input style="width: 100%;" type="text"/>		Departamento <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Provincia <input style="width: 100%;" type="text"/>		Distrito <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Grupo etnico <input style="width: 100%;" type="text"/>		Región <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Lugar de Residencia			
	Departamento <input style="width: 100%;" type="text"/>		Provincia <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Distrito <input style="width: 100%;" type="text"/>		Dirección <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Condición de Asegurado <input style="width: 100%;" type="text"/>		Teléfono Fijo <input style="width: 50px;" type="text"/>	Móvil <input style="width: 50px;" type="text"/>
	Persona de Referencia			
Apellido Paterno <input style="width: 100%;" type="text"/>		Apellido Materno <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nombres <input style="width: 100%;" type="text"/>		Teléfono de Referencia <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Dirección de referencia <input style="width: 100%;" type="text"/>				
Tipo de Referencia <input style="width: 50px;" type="text"/>		Fecha de Referencia <input style="width: 100%;" type="text"/>	Tiempo de Enfermedad (días) <input style="width: 50px;" type="text"/> días	
Región que refiere <input style="width: 100%;" type="text"/>		IPRESS que refiere <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Fecha del Ultimo PAP: <input style="width: 50px;" type="text"/>	Fec. ut. Mamografía <input style="width: 50px;" type="text"/>	Recibo vacuna VPH SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico Clínico <input style="width: 100%;" type="text"/>				
Fecha de primer diagnostico <input style="width: 100%;" type="text"/>		T N. T <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Estado clínico <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Método de primer Diagnostico		Departamento/Servicio que realizo el diagnostico <input style="width: 100%;" type="text"/>		
1 () Programa de Detección/Tamizaje		Diagnóstico Histológico <input style="width: 100%;" type="text"/>		
2 () Hallazgo Incidental por Exploración Clínica				
3 () Hallazgo Incidental por Exploración Endoscópica				
4 () Hallazgo Incidental por Imágenes				
5 () Hallazgo Incidental por Exploración Quirúrgica				
6 () Hallazgo Anormal de hemograma				
7 () Presentación Clínica (con síntomas)				
8 () Hallazgo Incidental en la Autopsia		N° Anat-Patológica <input style="width: 50px;" type="text"/>	Fecha ex, Histológico <input style="width: 50px;" type="text"/>	
9 () Otros				
10 () Desconocido				
Codigo Topografía CIE-O <input style="width: 50px;" type="text"/>	Código de Mortología CIE-O <input style="width: 50px;" type="text"/>	Grado diferenciación <input style="width: 50px;" type="text"/>	Lateralidad <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Método base del diagnóstico		Subtipo molecular: <input style="width: 100%;" type="text"/>		
0 () Sólo por Certificado de Defunción				
1 () Solamente Clínico				
2 () Por Imágenes: RX, Ecografía, TAC/RM				
3 () Por Endoscopia, Colonoscopia, IVAA, etc.				
4 () Cirugía Exploradora		Comentarios <input style="width: 100%;" type="text"/>		
5 () Marcadores tumorales/bioquimicos especificos				
6 () Citología o Hematología/Citometria de flujo				
7 () Histología de Metástasis				
8 () Histología de Tumor Primario				
9 () Base de Diagnóstico Desconocida				

Tratamiento	Tratamiento Inicial				
	<input type="radio"/> Cirugía	Tipo de Cirugía	Fecha	Código CPT	Observaciones
	<input type="radio"/> Quimioterapia	Protocolo/Esquema:	Inició	Comentarios (Dosis. Fin del tratamiento)	
	<input type="radio"/> Radioterapia				
	<input type="radio"/> Inmunoterapia				
	<input type="radio"/> Terapia biológica				
	<input type="radio"/> Hormonoterapia				
	<input type="radio"/> Medicina Nuclear				
	<input type="radio"/> Cuidados Paliativos				

<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Referido para Tratamiento	Hospital de Referencia	
Status		Fecha de Referencia	
1 ()	EN TRATAMIENTO	6 ()	ABANDONO DE TRATAMIENTO
2 ()	EN SEGUIMIENTO	7 ()	FALLECIDO
3 ()	EN REMISIÓN	8 ()	PERDIDO DE LISTA
4 ()	EN PROGRESIÓN	9 ()	DESCONOCIDO
5 ()	RECAIDA		FECHA DE ÚLTIMO CONTROL

Mortalidad	Causa de la Muerte	
	1 ()	Cáncer
	2 ()	Otra Enfermedad
	3 ()	Infecciosa
	4 ()	Accidente
5 ()	Desconocida	

Mortalidad	Lugar de Deceso	
	1 ()	INEN
	2 ()	Hospital / Clínica
	3 ()	Domicilio
	4 ()	Otros
5 ()	Ignorado	

Causas de muerte (CIE - 10)		Código CIE - 10
A)	_____	_____
B)	_____	_____
C)	_____	_____

Enfermedad Concurrente _____	
Médico que certificó la Muerte _____	
Nombres y Apellidos _____	
CMP	_____
Datos Adicionales _____	

Codificación	Datos Finales de Variables:				
	Clase de Caso				
	0	Diagnosticado en el Hospital desde la fecha de inicio de Registro, recibiendo tratamiento inicial en otra institución			
	1	Diagnosticado y tratado inicialmente (total o parcial) en el Hospital reportante			
	2	Diagnosticado en otra institución y recibiendo todo o parte del tratamiento inicial en el hospital reportante			
	3	Diagnosticado y recibiendo todo el tratamiento inicial en otra institución			
	4	Diagnosticado y tratado en el hospital reportante anteriormente a la fecha de inicio de registro			
	5	Diagnosticado al momento de la autopsia			
	8	Diagnosticado solo por Certificado de Defunción			
	9	Desconocido			
Grado de Instrucción		Condición de Asegurado	Tipo de Referencia		
0	Sin instrucción	0.	No asegurado	1	Por iniciativa Propia
1	Inicial	1.	Seguro Integral de Salud (SIS)	2	Médico Particular
2	Primaria	2.	Seguro FF.AA./PNP (Titular)	3	Por Referencia
3	Secundaria	3.	Seguro FF.AA./PNP (Familiar)		
4	Superior Técnica	4.	ESSALUD-Seguro Regular (+SEGURO)		
5	Superior Universitaria	5.	ESSALUD- Seguro Potestativo (+SALUD):	Grado de Diferenciación	
9	Desconocido	6.	ESSALUD-Seguro Complementario de Trabajos de	1	Bien Diferenciado
		7.	Seguro Agrario EsSalud	2	Moderadamente Diferenciado
		8.	Seguro Privado (EPS)	3	Pobrememente Diferenciado
		9.	Seguro Privado (Autoseguro)	4	Indiferenciado
		10.	Privado Nacional -Seguro de asistencia medica	9	No Determinado
		11.	Privado Extranjero	Lateralidad	
		12.	Desconocido	0	Órgano no Par
Tipo de Documento				1	Derecha
1	DNI			2	Izquierda
2	Carne de Extranjería			3	Bilateral
3	Pasaporte			4	Par Desconocido
4	Partida de Nacimiento			9	Desconocido
5	Sin documento				
Tipo de Parentesco					
1	Espos(a)/Conviviente	3	Madre		
2	Padre	4	Hijo(a)		
		5	Hermano(a)		
		6	Otro familiar		
		7	Amistad/Vecino		
		9	NS		



Establecimiento	N° H.C.	N° de Ficha
------------------------	----------------	--------------------

Datos del paciente

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres
--------------------	--------------------	----------------

Sexo 1. Masculino 2. Femenino	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa) <input style="width:100%;" type="text"/>	Edad <input style="width:100%;" type="text"/>
Documento de Identidad DNI <input style="width:50px;" type="text"/> C. Extranjería <input style="width:50px;" type="text"/> Otro <input style="width:50px;" type="text"/> N° Doc. <input style="width:150px;" type="text"/>		
Grado de Instrucción: 1 Sin instrucción 2 Primaria 3 Secundaria 4 Superior técnica 5 Superior Universitaria		Etnia 1 Nativo 2 Afroperuano 3 Blanco 4 Mestizo 5 Asiatico 6 Otro
País de Nacimiento	Idioma 1. Castellano 2. Lengua Nativa 3. Lengua Extranjera	

Lugar de residencia

Pais	Departamento	Provincia	Distrito
------	--------------	-----------	----------

Dirección

Departamento	Provincia	Distrito
Teléfono fijo		Celular

Tipo de seguro de salud ? 1. Si 2. No

0 Sin seguro	5 EsSALUD-Regimenes especiales	10 Privado Nacional - Seguro de asistencia médica
1 SIS	6 FFAA/PNP (titular)	11 Privado Extranjero
2 EsSALUD-REGULAR-Titular	7 FFAA/PNP (familiar)	12 No especificado
3 EsSALUD-REGULAR-Familiar	8 Privado Nacional - Pre-Pagas	
4 EsSALUD-Facultativo	9 Privado Nacional -Auto-Seguro	

II Fecha de captación

Tipo de caso:
1. Caso nuevo (incidente)
2. Caso prevalente

Edad (al diagnostico de diabetes) años

Tipo de diabetes:
1. Tipo I
2. Tipo II
3. Gestacional
4. Diabetes secundaria
5. Otro

Peso corporal Kg.
Talla m.
Perímetro de cintura cm.
PA sistólica mm Hg
PA diastólica mm Hg

Número de consultas (últimos 12 meses)

Número de hospitalizaciones (últimos 12 meses)

III. Datos de Laboratorio

Glicemia (ayunas)	<input style="width:50px;" type="text"/>	mg/dL
Glicemia Post Prandial	<input style="width:50px;" type="text"/>	mg/dL
TTG (2 horas)	<input style="width:50px;" type="text"/>	mg/dL
Hemoglobina Glicosilada	<input style="width:50px;" type="text"/>	%
Microalbuminuria	<input style="width:50px;" type="text"/>	mg/24 horas
Proteinuria (24 h)	<input style="width:50px;" type="text"/>	g/24 horas
Colesterol LDL	<input style="width:50px;" type="text"/>	mg/dL
Colesterol Total	<input style="width:50px;" type="text"/>	mg/dL
Triglicéridos	<input style="width:50px;" type="text"/>	mg/dL
Colesterol HDL	<input style="width:50px;" type="text"/>	mg/dL
Creatinina sérica	<input style="width:50px;" type="text"/>	mg/dL
Cociente albúmina-Creatinina	<input style="width:50px;" type="text"/>	mg albumina/gramo de creatinuria

Estado del caso al momento de la consulta:
1 Controlado / Estable 2 Descompensado 3 Muerto

IV Comorbilidad (marque una o mas)

<input type="radio"/> Hipertensión arterial	<input type="radio"/> Enf. Tiroidea
<input type="radio"/> Obesidad	<input type="radio"/> Tuberculosis
<input type="radio"/> Dislipidemia	<input type="radio"/> Fuma actualmente
<input type="radio"/> Anemia	<input type="radio"/> Cáncer
<input type="radio"/> Hígado graso	<input type="radio"/> Tipo de cáncer
<input type="radio"/> Otra <input style="width:100px;" type="text"/>	

V Complicaciones
El caso fué Evaluado No Si

Complicación(es) detectada(s) en la evaluación.

<input type="radio"/> Polineuropatía	<input type="radio"/> Nefropatía diabética
<input type="radio"/> Retinopatía no proliferativa	<input type="radio"/> Enf. Isquémica corazón
<input type="radio"/> Retinopatía proliferativa	<input type="radio"/> Enf. Cerebrovascular
<input type="radio"/> Pie diabético (s/ amputación)	<input type="radio"/> Enf. Arterial periférica
<input type="radio"/> Pie diabético (c/ amputación)	
<input type="radio"/> Episodios de hipoglicemia (últimos 6 meses)	
<input type="radio"/> Cetoacidosis	

VI Tratamiento
Tratamiento Medicamentoso
Tipo de Medicamento (seleccione una o mas)

1 Metformina	5 Insulinas análogas
2 Sulfonilureas (Glibenclamida, Glicazida, Glimepirida)	6 Glitazonas: (Pioglitazona) -
3 Inhibidores DPP-4 (Linagliptina, Sitagliptina, Vildagliptina, Saxagliptina)	7 Glifozinas (Empaglifozina, Dapaglifozina,
4 Insulinas Humanas (Rápida y NPH)	8 Agonistas de receptores GLP 1
	9 Otros <input style="width:50px;" type="text"/>

Tiempo que esta en tratamiento
 años meses

Recibió Educación en Diabetes
 SI NO

Cumplimiento del tratamiento
 1 Cumple 2 No cumple 3 Iniciando tratamiento

INSULINAS ANALOGAS De Acción Rápida
 Lispro
 Glulisina
 Aspart

De Acción Prolongada
 Degludec
 Glargina 100
 Glargina 300

Médico tratante

CMP:

Personal que llena la Ficha



Establecimiento	N° H.C.	N° de Ficha

Datos del paciente

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres

Sexo 1. Masculino 2. Femenino	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa) 	Edad
--	---	-----------------

Documento de Identidad
 DNI C. Extranjería Otro N° Doc. _____

Grado de Instrucción:
 1 Sin instrucción 4 Superior técnica **Etnia** 1 Nativo 3 Blanco 4 Mestizo
 2 Primaria 5 Superior Universitaria 2 Afroperuano 5 Asiatico 6 Otro
 3 Secundaria

País de Nacimiento **Idioma** 1. Castellano 2. Lengua Nativa 3. Lengua Extranjera

Lugar de residencia
 País Departamento Provincia Distrito

Dirección
 Departamento Provincia Distrito
Teléfono fijo **Celular**

Tipo de seguro de salud ? 1. Si 2. No

0 Sin seguro	5 EsSALUD-Regimenes especiales	10 Privado Nacional - Seguro de asistencia médica
1 SIS	6 FFAA/PNP (titular)	11 Privado Extranjero
2 EsSALUD-REGULAR-Titular	7 FFAA/PNP (familiar)	12 No especificado
3 EsSALUD-REGULAR-Familiar	8 Privado Nacional - Pre-Pagas	
4 EsSALUD-Facultativo	9 Privado Nacional -Auto-Seguro	

II Fecha de captación

Tipo de caso:
 1. Caso nuevo (incidente)
 2. Caso prevalente

Edad (al diagnostico de diabetes) años

Tipo de diabetes:
 1. Tipo I 2. Tipo II 3. Gestacional
 4. Diabetes secundaria 5. Otro

Peso corporal Kg.
 Talla m.
 Perímetro de cintura cm.
 PA sistólica mm Hg
 PA diastólica mm Hg

Número de consultas (últimos 12 meses)

Número de hospitalizaciones (últimos 12 meses)

III. Datos de Laboratorio

Glicemia (ayunas)	<input type="text"/>	mg/dL
Glicemia Post Prandial	<input type="text"/>	mg/dL
TTG (2 horas)	<input type="text"/>	mg/dL
Hemoglobina Glicosilada	<input type="text"/>	%
Microalbuminuria	<input type="text"/>	mg/24 horas
Proteinuria (24 h)	<input type="text"/>	g/24 horas
Colesterol LDL	<input type="text"/>	mg/dL
Colesterol Total	<input type="text"/>	mg/dL
Triglicéridos	<input type="text"/>	mg/dL
Colesterol HDL	<input type="text"/>	mg/dL
Creatinina sérica	<input type="text"/>	mg/dL
Cociente albúmina-Creatinina	<input type="text"/>	mg albumina/gramo de creatinuria

Estado del caso al momento de la consulta:
 1 Controlado / Estable 2 Descompensado 3 Muerto

IV Comorbilidad (marque una o mas)

<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Enf. Tiroidea
<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Fuma actualmente
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Hígado graso	<input type="checkbox"/> Tipo de cáncer
<input type="checkbox"/> Otra	<input type="text"/>

V Complicaciones
 El caso fué Evaluado No Si

Complicación(es) detectada(s) en la evaluación.

<input type="checkbox"/> Polineuropatía	<input type="checkbox"/> Nefropatía diabética
<input type="checkbox"/> Retinopatía no proliferativa	<input type="checkbox"/> Enf. Isquémica corazón
<input type="checkbox"/> Retinopatía proliferativa	<input type="checkbox"/> Enf. Cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Pie diabético (s/ amputación)	<input type="checkbox"/> Enf. Arterial periférica
<input type="checkbox"/> Pie diabético (c/ amputación)	
<input type="checkbox"/> Episodios de hipoglucemia (últimos 6 meses)	
<input type="checkbox"/> Cetoacidosis	

VI Tratamiento
Tratamiento Medicamentoso
 Tipo de Medicamento (seleccione una o mas)

1 Metformina	5 Insulinas análogas
2 Sulfonilureas (Glibenclámda, Glicazida, Glimepirida)	6 Glitazonas: (Pioglitazona) -
3 Inhibidores DPP-4 (Linagliptina, Sitagliptina, Vildagliptina, Saxagliptina)	7 Glifozinas (Empaglifozina, Dapagliflozina,
4 Insulinas Humanas (Rápida y NPH)	8 Agonistas de receptores GLP 1
	9 Otros

Tiempo que esta en tratamiento
 años meses

Recibió Educación en Diabetes
 SI NO

Cumplimiento del tratamiento
 1 Cumple 2 No cumple 3 Iniciando tratamiento

INSULINAS ANALOGAS De Acción Rápida
 Lispro
 Glulisina
 Aspart

De Acción Prolongada
 Degludec
 Glargina 100
 Glargina 300

Médico tratante

CMP: _____

Personal que llena la Ficha



FICHA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIOLENCIA FAMILIAR

Código

Fecha de Registro:
día mes año

MINSA
PNP
DEMUNAS
CMM
Otros

Hospital Centro de Salud

Lugar de Agresión

Fecha de Agresión

día mes año

Nombre del Establecimiento

Departamento Provincia Distrito

¿Qué otras instituciones?

H.CL. de la Víctima:

1 Datos del(a) Agredido(a)

Documento de Identidad Departamento de Residencia en el último año

Edad años Sexo Hombre Mujer

En caso de Ser mujer:

Se encuentra Gestando? SI NO

Estado Civil

Soltero(a) Casado(a) Conviviente Separador(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Grado de Instrucción

iletrada Primaria Secundaria Superior Completa Incompleta

Ocupación

Tiene Empleo remunerado? SI NO Cuál es su ocupación

Dirección

Departamento Provincia Distrito Localidad

2 Datos del(a) Agresor(a)

Edad años Sexo Hombre Mujer

Vinculo con la Víctima

Esposo(a) Conviviente Hijo(a) Padre Madre Otro especifique

Grado de Instrucción

iletrada Primaria Secundaria Superior Completa Incompleta

Ocupación

Tiene Empleo remunerado? SI NO Cuál es su ocupación

3 Datos sobre la Agresión

Estado del Agresor Ecuánime Efecto do Drogas Efecto de Alcohol Ambas

Tipo de Violencia Física Psicológica Relaciones Sexuales Forzadas Abandono

Medio Utilizado Propio Cuerpo Arma blanca Arma de Fuego Objeto contundente

Motivo Expresado

Familiares Celos Económicos Laborales Sin Motivo

Otros

Frecuencia

Primera vez que es agredido(a) SI NO
Durante la semana cuantas veces fue agredido(a)
Durante el último mes cuantas veces fue agredido(a)

1	2	3	4	5	6	7
1	2 a 3	4 a 5	6 a 7	7 a 8	9	10

Lugar de Agresión Calle Casa Centro de Trabajo Otros

Localización: Hora Especifique

4 Medidas Tomadas

Atención Médica Atención Psicológica Denuncia Judicial

Asistencia Social Denuncia Policial Otros

Especifique

5 Seguimiento

Fue Derivado SI NO

Donde? Ministerio de Salud Policía ONG Otros

Ministerio Público Médico Legal DEMUNA

Especifique

Nombre y firma del personal que ve el caso: _____

Observaciones: _____



HOSPITAL REGIONAL CUSCO
Oficina de Inteligencia Sanitaria - Unidad de Epidemiología

FICHA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LESIONES POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO
I. FUENTE DE FINANCIAMIENTO: SOAT MTC PARTICULAR SIS OTRO
II. DATOS RELACIONADOS AL LESIONADO (Buscar en la Historia Clínica)

1. N° de HC emergencia: 2. N° HC Hospitalización:

2.1. Referido de un EESS Nombre del EESS: Hospital Regional de Cusco

3. Apellidos y Nombres:
Apellidos Nombres

4. DNI. 5. Edad: 6. Sexo 6.1. Masculino 6.2. Femenino

7. Dirección: 7.1. Jr./Av./Calle/Localidad
7.2. Distrito: 7.3. Provincia: 7.4. Departamento:

8. Fecha de Ingreso al Establecimiento: ___/___/___ 9. Hora: ___:___ horas/min. CIE 10

10. Diagnóstico Médico: DX 1:
DX 2:
DX 3:

11. Fecha de Egreso del Establecimiento: N° de Celular:

12. Condición de Egreso: 12.1. Alta 12.2. Fallecido 12.3.
12.4. ¿Requiere Rehabilitación?: SI NO ¿Referido a donde?:

III. DATOS RELACIONADOS AL ACCIDENTE (Buscar en la Denuncia Policial)

13. Fecha del Accidente: ___/___/___ 14. Hora: ___:___ horas/min.

15. Lugar del Accidente:
15.1. Jr/Av/Calle/Localidad:
15.2. Departamento: 15.3. Provincia: 15.4. Distrito:

16. Via principal donde ocurrió el accidente 17. Tipo de accidente

16.1. Calles / Jirones 17.1. Atropellado
16.2. Avenidas 17.2. Choque 17.2.1. Con objeto móvil 17.2.2. Con objeto
16.3. Carreteras 17.3. Volcadura
16.4. Autopistas / Via expresa 17.4. Caída

A. REFERENTE AL LESIONADO	B. REFERENTE AL OCASIONANTE DEL ACCIDENTE
<p>18. El lesionado se encontraba en:</p> <p>18.1. <input type="checkbox"/> Veh. Motorizado 18.2. <input type="checkbox"/> Veh. No Motorizado</p> <p>18.1.1. <input type="checkbox"/> Motocicleta 18.2.1. <input type="checkbox"/> Bicicleta 18.1.2. <input type="checkbox"/> Motocar 18.2.2. <input type="checkbox"/> Carreta</p> <p>18.1.3. <input type="checkbox"/> Automóvil 18.1.4. <input type="checkbox"/> Microbus 18.1.5. <input type="checkbox"/> Omnibus 18.1.6. <input type="checkbox"/> Camion/Trailer 18.1.7. <input type="checkbox"/> Tren</p> <p>18.3. <input type="checkbox"/> El lesionado es un peatón</p> <p>19. Ubicación del lesionado: 19.1. <input type="checkbox"/> En la Via/Calle 19.2. <input type="checkbox"/> Pasajero 19.3. <input type="checkbox"/> Conductor 19.4. <input type="checkbox"/> Dentro vivienda/local</p> <p>20. Traslado de lesionado por: 20.1. <input type="checkbox"/> Ocasionante 20.5. <input type="checkbox"/> Personal Particular 20.2. <input type="checkbox"/> Familiar 20.6. <input type="checkbox"/> Policía 20.3. <input type="checkbox"/> Propios medios 20.7. <input type="checkbox"/> Bombero 20.4. <input type="checkbox"/> Serenazgo 20.8. <input type="checkbox"/> Ambulancia servicio salud</p>	<p>21. Tipo de Vehículo:</p> <p>21.1. <input type="checkbox"/> Veh. Motorizado 21.2. <input type="checkbox"/> Veh. No Motorizado</p> <p>21.1.1. <input type="checkbox"/> Motocicleta 21.2.1. <input type="checkbox"/> Bicicleta 21.1.2. <input type="checkbox"/> Motocar 21.2.2. <input type="checkbox"/> Carreta</p> <p>21.1.3. <input type="checkbox"/> Automóvil 21.1.4. <input type="checkbox"/> Microbus 21.1.5. <input type="checkbox"/> Omnibus 21.1.6. <input type="checkbox"/> Camion/Trailer 21.1.7. <input type="checkbox"/> Tren</p> <p>21.3. <input type="checkbox"/> Otros:</p> <p>22. Condición vehículo ocasionante del accidente</p> <p>22.1. <input type="checkbox"/> Particular 22.2. <input type="checkbox"/> Publico 22.3. <input type="checkbox"/> Estatal 22.4. <input type="checkbox"/> Privado</p>

IV. DATOS RELACIONADOS AL CONDUCTOR (Buscar en Póliza y denuncia Policial)

23. Apellidos y Nombres:
Apellidos Nombres

24. Edad: 25. Sexo: 25.1. Masculino 25.2. Femenino

26. N° de Licencia de Conducir 26.1. SI N° 26.2. NO 26.3. No sabe

27. Comisaria donde se registra denuncia Policial:
Nombre de la Comisaria

27.1. Departamento: 27.2. Provincia: 27.3. Distrito:

V. DATOS RELACIONADOS DEL VEHÍCULO (Buscar en Carta de Garantía y Póliza)

28. N° Póliza SOAT: 29. N° Placa de vehículo

30. Nombre dueño Póliza SOAT.

31. Aseguradora: 31.1. Rimac 31.2. Pacifico Seguros 31.3. La Positiva 31.4. General Peru
31.5. Mapfre Perú 31.6. Latino Seguros 31.7. Otros:

Observaciones:



PERU

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA DEL RIESGO DE EXPOSICION E INTOXICACION POR PLAGUICIDAS

Código de Identificación	Fecha de conocimiento a nivel local	Fecha de notificación del Establecimiento	Fecha de Investigación	Fecha de Notificación a la DISA/DIRESA	Fecha de Notificación Nacional
--------------------------	-------------------------------------	---	------------------------	--	--------------------------------

I. DATOS GENERALES

Nombre del establecimiento: Hospital Regional de Cusco

DIRESA/DISA: GERESA Cusco Red: _____ Microred: _____

Ubicación: Localidad Cusco Distrito Cusco Provincia Cusco Departamento Cusco

Captado: Servicio Emergencia _____ S. Hospitalización _____ Consulta Externa _____ Otros _____

Notificación Regular [] Búsqueda Activa [] Situación de Riesgo [] Investigación de Brote [] Otros _____

II. DATOS DEL PACIENTE

Nombres: _____ Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____

Edad: ____ Años () Meses () Sexo: M [] F [] DNI: _____ Embarazada: Si [] No []

Grado de instrucción: Inicial [] Primaria [] Secundaria [] Superior [] Sin instrucción []

Seguro: SIS [] Es Salud [] Otros: _____ Ocupación: _____

PROCEDENCIA **DATOS DEL DOMICILIO ACTUAL**

Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____

Localidad _____ Centro Poblado _____ Telefono/Célular _____

Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, vecinos, jefe o patrón, lugar de trabajo, etc.) _____

Etnia: Mestizo [] Afrodescendiente [] Andino [] Indígena Amazónico [] Asiático descendiente [] Otros _____

Procedencia Habitual: Urbana [] Urbana marginal [] Rural Campesina [] Campamento []

III. FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICO

3.1 Fecha de la intoxicación ____/____/____ 3.2 Hora _____ A.M [] P.M []

3.3 Lugar de ocurrencia de la Intoxicación: 1. Casa [] 2. Escuela [] 3. Trabajo []

4. Especificar el lugar de trabajo: _____ 5. Otros (especificar) _____

3.4 Ubicación en donde se intoxicó:

DIRECCION	Localidad / Caserio / Anexo	Distrito	Provincia
3.5 Alimentos involucrados en la exposición (especificar): _____			
3.6 Tipo de producto 1. Plaguicida [] 2. Otros (especificar) _____			
3.7 Nombre del producto: _____ 3.8 Concentración _____ 3.9 Presentación _____			
3.10 Cantidad utilizada: _____ 3.11 Donde lo obtuvo _____			
3.12 Circunstancia de Intoxicación: 1. Laboral [] 2. Accidental No Laboral [] 3. Voluntaria (Intencional Suicida) []			
4. Provocada (Intento de homicidio) [] 5. Otros _____ 6. Desconocida []			
3.13 Actividad que realizaba en el momento de la Exposición/Intoxicación (Elija una o si es múltiple):			
1. Producción-Formulación-Síntesis []	2. Almacenamiento/Distribución/Expendio []	3. Uso Agrícola []	
4. Uso en Salud Pública []	5. Mantenimiento de Equipo []	6. Uso humano []	
7. Uso domiciliario []	8. Uso veterinario []	9. Reentrada en cultivo []	
10. Manejo de plaguicidas sin protección []	11. Mezcla - Recarga []	12. Transporte []	
13. Otros (especificar) _____ 14. Realiza buenas prácticas en el manejo de plaguicidas 1. Si () 2. No ()			
3.14. Tiempo de exposición: _____ (Años), (Meses), (Días), (Horas), (Minutos)			

IV. VÍA DE EXPOSICIÓN 1. Oral [] 2. Piel [] 3. Mucosas - Ocular- Otras [] 4. Respiratoria [] 5. Desconocida []

V. CUADRO CLÍNICO: Fecha de consulta:/...../..... Inicio de Síntomas/...../..... SE:

- Sistémico: [] Si [1] No [2]
1. Náuseas [] 2. Vómitos [] 3. Dolor Abdominal [] 4. Incontinencia de esfínteres [] 5. Cefalea []
 6. Diarreas [] 7. Miosis [] 8. Sudoración [] 9. Temblor de manos y otras partes [] 10. Cianosis []
 11. Midriasis [] 12. Mareos [] 13. Bradicardia [] 14. Trastorno de la conciencia [] 15. Disnea []
 16. Convulsiones [] 17. Polipnea [] 18. Rash Dérmico [] 19. Sibilancias []
 20. Debilidad muscular en miembros inferiores [] 21. Debilidad músculos proximales: [] 22. Insuficiencia respiratoria []
 23. Otros 24. No presento síntomas []
 25 Tipo de Intoxicación 1. Leve [] 2. Moderada [] 3. Grave []

VI. ANTECEDENTES:

6.1. Intoxicaciones anteriores: 1. Si [] 2. N° Veces 3. No [] 6.2. Fecha:/...../..... 6.3. Lugar: 1. Casa () 2. Escuela ()
 3. Trabajo () 4. Otros (Especificar) (.....) 5. Observaciones:.....
 6.4. Causa (s) 1. Laboral () 2. Accidental No Laboral () 3. Voluntario (Intencional) () 4. Provocado (Homicidio) () 5. Otros.....

VII. EXÁMENES TOXICOLÓGICOS: Nombre del laboratorio Se tomo muestra: 1. Si [] 2. No []
 Tipo de muestra: 1. Sangre [] 2. Otros Fecha de toma de muestra:/...../.....
 Fecha de envío de laboratorio/...../..... Fecha de recepción de laboratorio/...../.....
 Test de Colinesterasa: 1. Si [] 2. No [] Resultado: % U/Lt Método
 Otros exámenes de Plaguicidas: 1. Si [] 2. No [] Indique cual: Servicio:.....
 Fecha del último examen ocupacional:...../...../.....

VIII. Destino del intoxicado 1. Ambulatorio [] 2. Emergencia [] 3. Hospitalizado [] Fecha:/...../..... 3.1. Servicio (especificar).....
 4. Su casa [] 5. Trabajo [] 6. Médico Legal (fallecido) []

IX. Tratamiento recibido:

Oral Dosis: Parenteral Dosis
 Antídoto Evaluación de secuelas

X. Evolución del intoxicado 1. Recuperado [] 2. Transferido [] 3. Alta: Fecha/...../.....
 4. Fallecido [] 4.1. Fecha de defunción/...../..... Causa básica de la muerte (CIE-10)

XI. Diagnóstico Final

1. Confirmación clínico- epidemiológica [] 2. Confirmación por laboratorio 1. Si [] 2. No []
 3. Descartado [] 4. Otros:.....

XII. Fecha del período de la investigación/...../.....

XIII. Nombre del Investigador Firma
 Médico [] Enfermera [] Otros (especific) Teléfono Celular



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
FICHA DE SEGUIMIENTO DE CASOS

Código único de ficha _____ Fecha de notificación _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE

1. Nombre del establecimiento
2. Red

II. DATOS DEL PACIENTE

3. APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES 4. N° HISTORIA CLÍNICA

5. Fecha de nacimiento 6. Tipo de documento de identidad

7. N° Documento. 8. Nacionalidad

9. Dirección

Distrito Provincia

Departamento

10. Edad 11. Sexo F M 12. Grado de instrucción

13. Seguro de salud Si No 14. Tipo de seguro

15. Etnia-Raza

III. ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

IV. COMORBILIDADES AL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN DEL CASO

Comorbilidad 1 Comorbilidad 2
Comorbilidad 3 Comorbilidad 4

V. MODALIDAD DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL DEL PACIENTE CONTINUADOR O EN SEGUIMIENTO

Hemodiálisis crónica convencional Diálisis peritoneal crónica ambulatoria (DPCA) Diálisis peritoneal automatizada (DPA)
Hemodiafiltración crónica (HDFC) Fecha del primer seguimiento del paciente continuador

VI. REGISTRO DE HOSPITALIZACIONES (HEMODIÁLISIS CRÓNICA, HDFC O DIÁLISIS PERITONEAL CRÓNICA (DPCA, DPA) (Registra estos datos solo cuando ocurren los eventos)

16. Fecha de hospitalización
17. Causa de hospitalización
18. Diagnóstico de egreso (Epicrisis)
Fecha de egreso del centro hospitalario Fecha de reingreso al establecimiento de salud

VII. REGISTRO DE PERDIDA DEL ACCESO VASCULAR DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA O EN HDFC (Registrar solo si ocurre el evento)

19. Fecha de pérdida del acceso vascular por falla definitiva Tipo de acceso perdido
Causa de pérdida
20. Tipo del nuevo acceso vascular Cateter permanente Catéter Temporal FAV Injerto (Goretex)
Localización del nuevo acceso
Fecha de creación del nuevo acceso vascular

VIII. REGISTRO DE CAMBIO DE CATÉTER DE PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL CRÓNICA AMBULATORIA O DPA (Registrar solo si ocurre el evento)

21. Fecha de pérdida del Catéter Peritoneal por falla definitiva Causa de Pérdida
22. Colocación del Nuevo Catéter Catéter Recto Catéter Curvo Fecha de colocación

IX. PERITONITIS INFECCIOSA EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL CRÓNICA AMBULATORIA (Registrar solo cuando ocurre el evento)

23. Fecha del evento Agente Aislado No Aislado Agente

X. EXÁMENES BIOQUÍMICOS DURANTE EL SEGUIMIENTO (Válido para hemodiálisis crónica, HDFC, diálisis peritoneal crónica ambulatoria o DPA)

	Valor (Coincidir unidades)	Fecha de Exámen
24. Hemoglobina (g/dl)		
25. Urea (mg/dl)		
26. Hematocrito (%)		
27. Glicemia (mg/dl)*		
28. Creatinina (mg/dl)		
29. Calcio (mg/dl)		
30. Fósforo (mg/dl)		

* Registrar solo en pacientes en Diálisis Peritoneal Crónica

Registro Trimestral		
31. Fosfatasa Alcalina (UI/lt)		
32. Proteínas Totales (g/lt)		
33. Albúmina (g/lt)		
34. TGO (U/Lt)		
35. TGP (AST (U/Lt)		
36. PTH Intacta (pg/ml)		
37. Hierro sérico (mg/dl)		
38. Ferritina (mg/dl)		

XI. VIGILANCIA DE INFECCIONES (Registro semestral y anual para hemodiálisis crónica y HDFC, solo anual para diálisis peritoneal crónica)

	Resultados		Fecha de Exámen
	No Reactivo	Reactivo	
Registro Semestral			
39. Serología Hepatitis C			
40. Serología Hepatitis B			
41. Anti Core (HB)			
42. Sífilis			
43. Anticuerpos AntiHB (UI/ml)*	> 10 UI/ml <input type="text"/>	< 10 UI/ml <input type="text"/>	

*Pacientes no protegidos

Registro Anual			
44. Serología VIH			
45. Anticuerpos AntiHB (UI/ml)*	> 10 UI/ml <input type="text"/>	< 10 UI/ml <input type="text"/>	

*Pacientes protegidos

XII. ADECUACIÓN DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA O HDFC DURANTE EL SEGUIMIENTO

	Valor (Coincidir unidades)	Fecha de Exámen
Registro Mensual		
46. Kt/V urea		
47. ICP*		
48. TRU**		
Registro Semestral		
49. FRR***		

XIII. ADECUACIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL CRÓNICA AMBULATORIA Y DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA DURANTE EL SEGUIMIENTO

	Valor (Coincidir unidades)	Fecha de Exámen
Registro Mensual		
50. Kt/V urea total semanal		
51. ICP*		
52. ClCr total semanal****		
Registro Semestral		
53. FRR***		
54. TEP *****	Alto <input type="checkbox"/> Medio alto <input type="checkbox"/> Medio bajo <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> No Evaluado <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>

XIV. CONDICIÓN FINAL DEL PACIENTE EN EL SEGUIMIENTO (registrar estos datos solo cuando ocurre estos eventos)

55. Fallecimiento	Fecha <input type="text"/>	Causa <input type="text"/>
56. Abandono del Programa	Fecha <input type="text"/>	
57. Transferido	Fecha <input type="text"/>	Lugar <input type="text"/>
58. Cambio de Modalidad	Fecha <input type="text"/>	
59. Nueva Modalidad de Terapia de Reemplazo Renal		
DPCA <input type="checkbox"/>	DPA <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/> Causa <input type="text"/>
Hemodiálisis Crónica <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>	Causa <input type="text"/>
Hemodiafiltración Crónica <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>	Causa <input type="text"/>
Trasplante Renal <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>	
Manejo Conservador <input type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>	Causa <input type="text"/>

* Índice de Catabolismo Proteico **tasa de Reducción de la Urea ***Función Renal Residual ****Clarence de creatinina total semanal *****Test de Equilibrio Peritoneal



VIGILANCIA CENTINELA DEL INTENTO SUICIDA
 FICHA DE REGISTRO

Código único de Ficha _____

Fecha de notificación _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

RÉD/DISA/DIRESA/GERESA GERESA Cusco
 Nivel de atención _____

Establecimiento de Salud Hospital Regional de Cusco
 Fecha de atención _____

II. DATOS DEL PACIENTE

1. APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____ 2. N° H. Clínica _____
 3. Fecha de Nacimiento _____ 4. Teléfono _____ 5. Celular (apoderado) _____ 6. N° DNI _____
 7. Dirección Actual _____ 8. Departamento _____
 9. Provincia _____ 10. Distrito _____ 11. Edad _____ 12. Sexo F M 13. Seguro de salud: Si () No () 14. Tipo de Seguro _____
 15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? Padres Hermanos Pareja Abandono Social Otros Especificar _____
 16. Grado de Instrucción Sin instrucción Primaria Secundaria Universitario Técnico 17. Ocupación _____
 18. Gestante: Si No Edad Gestacional _____ 19. Puérpera Si No Semanas Postparto _____

III. ANTECEDENTES

1. Antecedente de intento suicida Nunca Una Vez Dos Veces Más de dos veces
 2. Edad del paciente en su primer intento suicida _____ 3. Número de intentos en el presente año _____
 4. Tratamiento psicológico / psiquiátrico previo al/ los intento (s) Si No

IV. CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO ACTUAL

1. Motivo (s) del Intento
 a. Problemas con su pareja o cónyuge e. Problemas con otros parientes i. Experiencia violenta, inesperada o traumática
 b. Problemas con sus padres f. Problemas económicos Especificar: _____
 c. Problemas con sus hijos g. Por problemas con su salud física j. Otro Especificar: _____
 d. Problemas con sus pares h. Por problemas en su salud mental k. Sin motivo aparente
 2. Planificación del intento Si No 3. Uso de sustancias psicoactivas No Alcohol Marihuana PBC Clorhidrato de cocaína Otro
 4. Medio utilizado
 Ingesta de plaguicidas y órganos fosforados (ratificidas, carbamatos, etc) Suspensión (ahorcamiento) Ingesta de alimentos
 Arma blanca (hoja de afeitar, vidrio, tijera, cuchillo) Arma de fuego (pistola, revólver) Corrosivo (ácido muriático, desinfectante, lejía)
 Lanzamiento al vacío Otro Especificar: _____
 5. Caso procedente de Comunidad Indígena Amazónica Si No
 6. Etnia Amazónica
 Ashaninka Awajún Shipibo-Konibo Yanesha Otro Especificar: _____

V. DIAGNÓSTICO ACTUAL

1. Diagnóstico Psiquiátrico
 Ninguno Episodio depresivo Esquizofrenia Alcoholismo Trastorno de la personalidad Trastorno depresivo recurrente Otros Especificar: _____
 2. Diagnóstico de otra enfermedad médica
 Ninguno TBC VIH/SIDA Cáncer Otros Especificar: _____
 3. Tipo de violencia
 Ninguna Físico Sexual Psicológico Negligencia
 4. Condición final de la atención actual
 Alta Alta voluntaria o fuga Referido Especificar nombre del EESS: _____ Hospitalizado Fallecido

VI. SEGUIMIENTO (3 meses)

1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA
 a. Número de sesiones por tipo de intervención recibida
 Consulta médica () Intervención individual () Intervención familiar ()
 Consulta psicológica () Psicoterapia individual () Visits familiar integral ()
 b. Completo número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud Si No
 2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS
 Realiza actividades Personal/familiares: Totalmente Parcialmente
 Realiza actividades labores y/o estudiantiles: Totalmente Parcialmente
 Realiza actividades sociales: Totalmente Parcialmente Mínima o ninguna
 3. EVOLUCIÓN
 Favorable Desfavorable sin repetición de intento suicida Alta Desfavorable con repetición de intento suicida Abandono de tratamiento Pérdida de Seguimiento

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA
 LA FICHA DE REGISTRO



Código único de Ficha _____

Fecha de notificación _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

RED/DISA/DIRESA/GERESA GERESA Cusco

Establecimiento de Salud Hospital Regional de Cusco

Nivel de atención _____

Fecha de atención _____

II. DATOS DEL PACIENTE

1. APELLIDO PATERNO _____ 2. N° H. Clínica _____
APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____

3. Fecha de Nacimiento _____ 4. Teléfono _____ 5. Celular (apoderado) _____ 6. N° DNI _____

7. Dirección Actual _____ 8. Departamento _____

9. Provincia _____ 10. Distrito _____ 11. Edad _____ 12. Sexo F M 13. Seguro de salud: Si () No () 14. Tipo de Seguro _____

15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? Padres Hermanos Pareja Abandono Social Otros Especificar _____

16. Grado de Instrucción Sin instrucción Primaria Secundaria Universitario Técnico 17. Ocupación _____

18. Gestante: Si No Edad Gestacional _____ 19. Puérpera Si No Semanas Postparto _____

III. ANTECEDENTES

1. Problemas perinatales Asfixia severa Prematuridad Infección Caída brusca Bajo peso al nacer

2. Antecedente familiar con trastornos psiquiátricos o problemas psicosociales Si No Especificar: _____

3. Tipo de Violencia: Ninguna Físico Sexual Psicológico Negligencia

4. Consumo de sustancias psicoactivas Alcohol Tabaco Marihuana PBC Otro Especificar: _____

IV. CARACTERÍSTICAS DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

1. Signo y síntomas presentes:

Síntomas negativos Síntomas positivos Conducta suicida (Ideación / Intento) Conducta heteroagresiva (Ideación / Intento)

2. Factores psicosociales

Problemas con los padres Problemas por bajo rendimiento en los estudios Problemas en el trabajo Problemas económicos

Problemas por separación de padres Problemas con su salud física Otro Especificar: _____

V. SEGUIMIENTO (a los 6 meses)

1. Diagnóstico de Salud Mental - Comorbilidad

Esquizofrenia Episodio Depresivo Trastorno de personalidad Abuso de sustancias Otros Especificar: _____

2. Disposición Terapéutica

2.1 ¿Cumplió con el tratamiento indicado? SI No 2.2. Tratamiento Farmacológico Regular Irregular Abandono

2.3. Número de sesiones por tipo de intervención:

Consulta médica () Intervención individual () Intervención familiar ()
Psicoterapia individual () Consulta psicológica () Visita familiar integral ()

2.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud Si No

3. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

Realiza actividades Personal/familiares: Totalmente Parcialmente
Realiza actividades labores: Totalmente Parcialmente
Realiza actividades sociales: Totalmente Parcialmente

3. EVOLUCIÓN

Favorable Estacionaria Desfavorable Abandono del tratamiento Alta Pérdida de Seguimiento

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO



Código Único de Ficha _____ Fecha de notificación _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

RED/DISA/DIRESA/GERESA GERESA Cusco Establecimiento de Salud Hospital Regional de Cusco
 Nivel de atención _____ Fecha de atención _____

II. DATOS DEL PACIENTE

1. APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____ 2. Nº H. Clínica _____
 3. Fecha de Nacimiento _____ 4. Teléfono _____ 5. Celular (apoderado) _____ 6. Nº DNI _____
 7. Dirección Actual _____ 8. Departamento _____
 9. Provincia _____ 10. Distrito _____ 11. Edad _____ 12. Sexo F M 13. Seguro de salud: Si () No () 14. Tipo de Seguro _____
 15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? Padres Hermanos Pareja Abandono Social Otros Especificar _____
 16. Grado de Instrucción Sin instrucción Primaria Secundaria Universitario Técnico 17. Ocupación _____
 18. Gestante: Si No Edad Gestacional _____ 19. Puerpera Si No Semanas Postparto _____

III. DATOS DEL EVENTO

1. Criterios diagnósticos
 Ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días () Pérdida de energía () Menoscabo del funcionamiento personal, social y laboral ()
 Pérdida de interés en las cosas que antes le gustaban () Ideación suicida () Intento suicida ()
2. DIAGNÓSTICO:
 ED moderado s/síntoma somático F32.1 () ED moderado c/síntoma somático F32.1 ()
 ED grave s/síntomas psicóticos F32.2 () ED grave c/síntomas psicóticos F32.3 ()

IV. CONDICIONES DE RIESGO:

1. Comorbilidad Enfermedad cardiovascular () Artritis/Artrosis () Asma () VIH/SIDA () TBC () Trastorno Neurológico ()
 Cáncer ()
 Trastorno Endocrinológico () Especifique: _____ Trastorno Mental () Especifique: _____
 2. Antecedentes familiares:
 Con Trastornos Depresivos () Con Trastornos Mentales () Especifique: _____
 3. Estresores Sociales:
 Período de duelo () Violencia: Escuela () Laboral () Familiar () Tipo de Violencia: Física () Psicológica () Sexual () Negligencia ()

V. SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 6 MESES

1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA

1.1. Cumplió con el tratamiento indicado: Si () No ()

1.2. Cumplimiento del tratamiento farmacológico:
 Regular () Irregular () Abandono ()

1.3. Número de sesiones por tipo de intervención:
 Consulta médica () Intervención individual ()
 Intervención familiar () Psicoterapia individual ()
 Consulta psicológica () Visita familiar integral ()

1.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud?: SI () No ()

2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

2.1. Realiza actividades Personal/ familiares:
 Totalmente Parcialmente

2.2. Realiza actividades laborales
 Totalmente Parcialmente

2.3. Realiza actividades sociales
 Totalmente Parcialmente

3. EVOLUCIÓN Favorable () Desfavorable ()
 Alta () Abandono ()
 Pérdida de seguimiento ()

4. CONDUCTA SUICIDA Ideación suicida No () Si ()
 Intento suicida No () Si ()

Nº de veces: _____ Fecha del último Intento: _____

SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 2 AÑOS

1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA

1.1. Cumplió con el tratamiento indicado: Si () No ()

1.2. Cumplimiento del tratamiento farmacológico:
 Regular () Irregular () Abandono ()

1.3. Número de sesiones por tipo de intervención:
 Consulta médica () Intervención individual ()
 Intervención familiar () Psicoterapia individual ()
 Consulta psicológica () Visita familiar integral ()

1.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud?: SI () No ()

2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

2.1. Realiza actividades Personal/ familiares:
 Totalmente Parcialmente

2.2. Realiza actividades laborales
 Totalmente Parcialmente

2.3. Realiza actividades sociales
 Totalmente Parcialmente

3. EVOLUCIÓN Favorable () Desfavorable ()
 Alta () Abandono ()
 Pérdida de seguimiento ()

4. CONDUCTA SUICIDA Ideación suicida No () Si ()
 Intento suicida No () Si ()

Nº de veces: _____ Fecha del último intento: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO



Ficha de investigación clínico epidemiológica
Vigilancia Intensificada de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y Muerte por IRAG

Código de barras: _____

ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

Establecimiento de salud: GERESA:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Historia clínica N°
 Prefectura:
 Apellido paterno: Apellido materno: Nombres:
 Fecha de nacimiento (*) Edad: Años: Meses: Días:
 Sexo: Masculino: Femenino: DNI N°:
 Residencia: Departamento: Provincia: Distrito:

ANTECEDENTES

Vacunación Antigripal en los últimos 12 meses Sí No

FACTOR O CONDICIÓN DE RIESGO

Sí No

Gestación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	I Trimestre <input type="checkbox"/>	II Trimestre <input type="checkbox"/>	III Trimestre <input type="checkbox"/>	Puerperio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otra enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad neurológica crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Obesidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatopatía crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique: <input type="text"/>				

CLÍNICA

Fecha de inicio de síntomas (*)

Fiebre o antecedente de fiebre > 38.5 °C Sí No Tos: Sí No Dificultad respiratoria: Sí No
 Hospitalización Sí No Fecha de hospitalización (*)
 Ingreso a UCI Sí No Fecha de ingreso en UCI (*)
 Fecha de alta (*)
 Fallecimiento Sí No Fecha de defunción (*)

TRATAMIENTO

Osetamivir Sí No Fecha de inicio de administración de osetamivir (*)

LABORATORIO

Obtención de muestra Sí No

Fecha de Obtención (*)

Tipo de muestra: Hisopado nasal y faríngeo
 Aspirado nasofaríngeo
 Aspirado endotraqueal
 Tejidos

Fecha de envío de la muestra (*)

Fecha de llenado de la ficha (*)

Nombre, sello y firma de la persona que llena la ficha:

(*) Formato de fecha (dd/mm/aa)

(*) Campo obligatorio

Instructivo

Definición de caso:

Síndrome que se presenta en un paciente de cualquier edad, con aparición súbita de fiebre superior a 38.5°C o historia de fiebre y que presenta:

Tos.

Dificultad para respirar y

Que, por el compromiso de su estado general, debería ser hospitalizado

Edad: Marcar con una "X"

De 1 año a más. años cumplidos,

De 1 a 11 meses, meses cumplidos,

De 1 a 29 días, días cumplidos.

FACTOR O CONDICIÓN DE RIESGO

Índice de Masa Corporal (IMC):

Obesidad si IMC >= 30,

Obesidad mórbida si IMC >= 40,

Fecha de llenado de la ficha (*) = Fecha de la captación del caso.

Fecha de cierre de caso, si tiene muestra cuando paciente egresó y tiene resultado y sin muestra cuando egresó.



Ficha de investigación clínico epidemiológica
Vigilancia Intensificada de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y Muerte por IRAG

Código de barras: _____

ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

Establecimiento de salud: GERESA:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Historia clínica N°
 Apellido paterno: Apellido materno: Prefectura:
 Nombres:
 Fecha de nacimiento (*): Edad: Años: Meses: Días:
 Sexo: Masculino: Femenino: DNI N°:
 Residencia: Departamento: Provincia: Distrito:

ANTECEDENTES

Vacunación Antigripal en los últimos 12 meses Si No

FACTOR O CONDICIÓN DE RIESGO

Si No

Gestación Si No I Trimestre II Trimestre III Trimestre Puerperio Si No
 Cardiopatía crónica Si No Asma Si No Otra enfermedad pulmonar crónica Si No
 Diabetes mellitus Si No Enfermedad renal crónica Si No Enfermedad neurológica crónica Si No
 Obesidad Si No Inmunodeficiencia Si No Hepatopatía crónica Si No
 Otros Si No Especifique:

CLÍNICA

Fecha de inicio de síntomas (*)

Fiebre o antecedente de fiebre > 38.5 °C Si No Tos: Si No Dificultad respiratoria: Si No
 Hospitalización Si No Fecha de hospitalización (*)
 Ingreso a UCI Si No Fecha de ingreso en UCI (*)
 Fecha de alta (*)
 Fallecimiento Si No Fecha de defunción (*)

TRATAMIENTO

Osetamivir Si No Fecha de inicio de administración de osetamivir (*)

LABORATORIO

Obtención de muestra Si No

Fecha de Obtención (*)
 Tipo de muestra: Hisopado nasal y faríngeo
 Aspirado nasofaríngeo
 Aspirado endotraqueal
 Tejidos
 Fecha de envío de la muestra (*)

Fecha de llenado de la ficha (*)

Nombre, sello y firma de la persona que llena la ficha: _____

(*) Formato de ficha (dd/mm/aa)

(*) Campo obligatorio

Instructivo

Definición de caso:

Síndrome que se presenta en un paciente de cualquier edad, con aparición súbita de fiebre superior a 38.5°C o historia de fiebre y que presenta:

Tos.

Dificultad para respirar y

Que, por el compromiso de su estado general, debería ser hospitalizado

Edad: Marcar con una "X"

De 1 año a más. años cumplidos,

De 1 a 11 meses, meses cumplidos,

De 1 a 29 días, días cumplidos.

FACTOR O CONDICIÓN DE RIESGO

Índice de Masa Corporal (IMC):

Obesidad si IMC > 30,

Obesidad mórbida si IMC >= 40,

Fecha de llenado de la ficha (*) = Fecha de la captación del caso.

Fecha de cierre de caso, si tiene muestra cuando paciente egresó y tiene resultado y sin muestra cuando egresó.

002



Ficha de investigación clínico epidemiológica
Vigilancia Intensificada de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y Muerte por IRAG

Código de barras: _____

ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

Establecimiento de salud: GERESA:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Historia clínica N° Prefectura:
 Apellido paterno: Apellido materno: Nombres:
 Fecha de nacimiento (*) Edad: Años: Meses: Días:
 Sexo: Masculino: Femenino: DNI N°:
 Residencia: Departamento: Provincia: Distrito:

ANTECEDENTES

Vacunación Antigripal en los últimos 12 meses Si No

FACTOR O CONDICIÓN DE RIESGO

Si No

Gestación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	I Trimestre	<input type="checkbox"/>	II Trimestre	<input type="checkbox"/>	III Trimestre	<input type="checkbox"/>	Puerperio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía crónica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otra enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad neurológica crónica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Obesidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatopatía crónica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Otros	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Especifique: <input type="text"/>							

CLÍNICA

Fecha de inicio de síntomas (*)

Fiebre o antecedente de fiebre > 38.5 °C Si No Tos: Si No Dificultad respiratoria: Si No

Hospitalización Si No Fecha de hospitalización (*)

Ingreso a UCI Si No Fecha de ingreso en UCI (*)

Fecha de alta (*)

Fallecimiento Si No Fecha de defunción (*)

TRATAMIENTO

Osetamivir Si No Fecha de inicio de administración de osetamivir (*)

LABORATORIO

Obtención de muestra Si No

Fecha de Obtención (*)

Tipo de muestra: Hisopado nasal y faríngeo

Aspirado nasofaríngeo

Aspirado endotraqueal

Tejidos

Fecha de envío de la muestra (*)

Fecha de llenado de la ficha (*)

Nombre, sello y firma de la persona que llena la ficha: _____

(*) Formato de ficha (dd/mm/aa)
(*) Campo obligatorio

Instructivo

Definición de caso:
Síndrome que se presenta en un paciente de cualquier edad, con aparición súbita de fiebre superior a 38.5°C o historia de fiebre y que presenta:
 Tos.
 Dificultad para respirar y
 Que, por el compromiso de su estado general, debería ser hospitalizado

Edad: Marcar con una "X"
 De 1 año a más, años cumplidos,
 De 1 a 11 meses, meses cumplidos,
 De 1 a 29 días, días cumplidos.

FACTOR O CONDICIÓN DE RIESGO

Índice de Masa Corporal (IMC):

Obesidad si IMC >= 30,
 Obesidad mórbida si IMC >= 40,

Fecha de llenado de la ficha (*) = Fecha de la captación del caso.
 Fecha de cierre de caso, si tiene muestra cuando paciente egresó y tiene resultado y sin muestra cuando egresó.

0007