

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE REQUERIMIENTO DE BIENES

Unidad de Organización	COSALE – HOSPITAL MILITAR DIVISIONARIO – III DE
Meta Presupuestaria	1174 FUNCIONAMIENTO DE LA IPRESS – IAFAS
Actividad del POI	
Denominación de la Contratación	“SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO” PARA EL HOSPITAL MILITAR DIVISONARIO - III DE.

1. Finalidad Pública

El presente proceso tiene por finalidad de contratación de servicio de **IMPRESIÓN, ENCUADERNACION Y EMPASTADO**, con el propósito de asegurar la adecuada presentación, conservación y disponibilidad de documentos técnicos, administrativos, asistenciales y de gestión que son elaborados por los distintos departamentos del hospital. Dicha documentación incluye protocolos clínicos, reportes estadísticos, historias clínicas y atenciones al público, que forman parte de las actividades institucionales.

2. Antecedentes

EL HOSPITAL MILITAR DIVISIONARIO – III DE, es una institución de salud cuya misión principal es brindar atención médica integral, oportuna y de calidad a la población.

En años anteriores, el hospital ha recurrido a este tipo de servicios a través de contrataciones externas, debido a que no se cuenta con los equipos, ni la capacidad instalada para realizar estas tareas de manera interna.

Por tanto, se hace necesario iniciar el presente proceso de contratación del SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO, a fin de atender oportunamente las necesidades documentarias de las diversas áreas, garantizando una adecuada gestión administrativa e institucional.

3. Objetivo de la Contratación

3.1 Objetivo General

Contratar el SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO tiene por objetivo garantizar la adecuada presentación, organización y asistenciales generados en diferentes áreas, a fin de facilitar su uso interno, su presentación ante entidades de control y su archivo institucional.

3.2 Objetivo Específico

- Imprimir documentos administrativos y asistencias generados por las distintas áreas del hospital.
- Realizar la encuadernación y/o empastado de libros, que son necesarios para el registro de atenciones a los pacientes.

- Cumplir con los requerimientos normativos y de fiscalización, asegurando que los documentos en formatos físicos apropiados para auditorías, inspecciones o procesos de control.
- Optimizar la gestión documental mediante la entrega oportuna de formatos impresos y encuadernados.

4. Alcance y Descripción de los Bienes Contratar

4.1 Características técnicas

Ítem	Cantidad	UU /medida	Descripción del bien
1	20	MILLAR	TALONARIO "NOTAS DE VENTA", ENUMERADOS Y AUTOCOPIABLE (TAMAÑO 16.5 CM X 10.8 CM)
2	20	MILLAR	TALONARIO "PARTE DE ATENCION MEDICA", ENUMERADOS Y AUTOCOPIABLE (TAMAÑO 16.5 CM X 10.8 CM)
3	10	MILLAR	"CONSULTAS EXTERNAS ESPECIALIZADAS", ENUMERADOS Y AUTOCOPIABLE (TAMAÑO 16.5 CM X 10.8 CM)
4	2	UU	"LISTA DE VERIFICACION DE PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURAS" AUTOCOPIABLE (FORMATO A4, EMPASTADO X 300 HOJAS)
5	2	UU	"REPORTE OPERATORIO" (FORMATO A4 CON COPIA DE COLOR, EMPASTADO X 300 HOJAS)
6	2	UU	"INFORME DE ANESTESIA – HOSPITAL MILITAR III DE AREQUIPA", ENUMERADOS Y AUTOCOPIABLE (FORMATO A4, EMPASTADO X 300 HOJAS)
7	2	UU	"FORMATO DE SOLICITUD DE INVESTIGACION BACTERELOGICA", ENUMERADOS Y DOS (2) HOJAS AUTOCOPIABLES DE DIFERENTES COLORES (FORMATO A4, EMPASTADO X 300 HOJAS)
8	2	UU	LIBRO EMPASTADO "REGISTRO DE ATENCIONES EN EMERGENCIA" (EMPASTADO CON TAPA X 400 FOLIOS)
9	30	MILLAR	HOJAS HIS - ANVERSO Y REVERSO (FORMATO A4)
10	58	MILLAR	RECETARIOS MEDICOS (FORMATO A6)
11	58	MILLAR	INDICACIONES MEDICAS (FORMATO 06)

Los bienes a adquirir, correspondientes el SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO, deberán ser de BUENA CALIDAD, garantizando su durabilidad y funcionalidad para el uso diario en las distintas áreas del Hospital. Los productos deberán cumplir con las características técnicas mínimas establecidas en las especificaciones del requerimiento, así como con las normas de calidad vigentes aplicables a cada tipo de servicio.

4.2 Condiciones de Operación

4.3 Embalaje y rotulado

Embalaje

El material requerido debe estar bien empaquetado y sellado conservando así la garantía y la seguridad del producto.



Rotulado

El material requerido debe estar debidamente rotulado mencionando las características y/o especificaciones correspondientes del caso

Transporte

El contratista deberá realizar el transporte de los bienes hasta el almacén del HMD III DE.

4.4 Sistema de contratación

SUMA ALZADA

5. Garantía Comercial

- La garantía de los bienes adquiridos será contra defectos de fabricación, no detectables al momento que se otorgó la conformidad.
- Periodo de garantía doce (12) meses.
- Inicio del cómputo del periodo de garantía, a partir de la fecha otorgada la conformidad.

6. Requisitos del Proveedor y/o Personal

- Estar inscrito en el Registro Nacional de Proveedores (RNP).
 - Persona natural o jurídica, dedicado a esta actividad del rubro.
 - Contar con RUC activo y habido.
- No contar con impedimentos para contratar con el estado, conforme a lo señalado de acuerdo a la ley de contrataciones.

7. Lugar y Plazo de Ejecución

Lugar: El lugar de entrega será en el almacén de la sección de abastecimiento del HOSPITAL MILITAR DIVISIONARIO DE LA III DE – Arequipa, ubicado en el malecón ZOLEZZI 500 distrito de Mariano Melgar, en el horario de 0900 a 1400 hrs de lunes a viernes.

Plazo: 05 días calendarios contabilizados a partir del día siguiente de la suscripción del contrato, la notificación de la orden de compra del requerimiento.

10. Conformidad**10.1 Área que recepcionará y brindará la conformidad.**

El SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO descritos en el ITEM 4.1 deben ser productos de primera calidad y contar con sus respectivas garantías.

Recepción: la recepción se realizará por el responsable del almacén del HMD III DE.

Conformidad: la conformidad de la prestación será emitida en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de entrega y será suscrita por el jefe de almacén de abastecimiento, de existir observaciones será notificado EL CONTRATISTA, estableciendo un plazo para que subsane, el cual no será menor de dos (02) ni mayor de ocho (08) días calendario dependiendo de la complejidad.



11. Forma y Condiciones de Pago

- De la forma y condiciones de pago el departamento de DEGEST (Tesorería), realizará el pago por la prestación realizada al CONTRATISTA, estableciendo un plazo para que subsane el cual no será menor de dos (02) ni mayor de ocho (08) días calendario dependiendo de la complejidad.
- Debiendo presentar el proveedor (CONTRATISTA) la documentación necesaria de los bienes a entregar.
- El pago se realizará de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Ley. N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas.

12. Penalidades

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, LA ENTIDAD le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto vigente}}{F \times \text{plazo vigente en días}}$$

Donde:

F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.



14. Resolución del Contrato

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 procederán de acuerdo con lo establecido en el artículo 122 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2025-EF

15. Cláusula Garantías

No aplica.

16. Cláusula Gestión de Riesgos

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

17. Cláusula Anticorrupción y Antisoborno

A la suscripción de este contrato, EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de manera directa o indirecta, a los evaluadores del proceso de contratación o cualquier servidor de la PGE.

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 PGE, 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 la PGE.

Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa; comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.

Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta cláusula, durante la ejecución contractual, otorga a la PGE el derecho de resolver total o parcialmente el contrato. Cuando lo anterior se produzca por parte de un proveedor adjudicatario de los catálogos electrónicos de acuerdo marco, el incumplimiento de la presente cláusula conllevará que sea excluido de los Catálogos Electrónicos de Acuerdo Marco. En ningún caso, dichas medidas impiden el inicio de las acciones civiles, penales y administrativas a que hubiera lugar.



18. Cláusula Solución de Controversias

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

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

Arequipa, 25 de agosto de 2025



.....
0-223930794-O+
JORGE ALFREDO BARJA MALDONADO
CRL ART
DIRECTOR GENERAL DEL HMD - III DE

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN
1	TALONARIO "NOTAS DE VENTA" , ENUMERADOS Y AUTOCOPIABLE (TAMAÑO 16.5 CM X 10.8 CM)



**EJÉRCITO PERUANO
HOSPITAL MILITAR III DE**

Calle Malecon Solezzi N° 500
Calle Ica N° 400
Mariano Melgar - Arequipa

☎ 054 - 291658
☎ 054 - 654560

RUC. 20131369124

NOTA DE VENTA

Nº 178134

Apellidos y Nombres

DNI/CIP

Fecha

Situación Unid

CANT.	DESCRIPCION	P.UNIT.	TOTAL
 ESTE DOCUMENTO NO TIENE VALOR TRIBUTARIO			

Solicite su boleta electronica en la sección
Tesorería del Hospital Militar III DE
Malecon Solezzi N° 500 Mno. Melgar - Arequipa

TOTAL S/.

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN
2	TALONARIO "PARTE DE ATENCIÓN MEDICA", ENUMERADOS Y AUTOCOPIABLE (TAMAÑO 16.5 CM X 10.8 CM)



EJÉRCITO PERUANO
HOSPITAL MILITAR DIVISIONARIO III DE

Calle Malecon Solezzi N° 500
Calle Ica N° 400
Mariano Melgar - Arequipa

☎ 054 - 291658
☎ 054 - 654560

**PARTE DE ATENCIÓN
MEDICA**

Nº 016955

Apellidos y Nombres

DNI/CIP

Fecha

Situación Unid.

CANT.	DESCRIPCIÓN	P.UNIT.	TOTAL
	 III DE		

TOTAL S/	
-----------------	--

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN
3	"CONSULTAS EXTERNAS ESPECIALIZADAS" ENUMERADOS Y AUTOCOPIABLES (TAMAÑO 16.5 CM X 10.8 CM)



III DE

EJÉRCITO DEL PERÚ
HOSPITAL MILITAR DIVISIONARIO III DE

Calle Malecón Solezzi N° 500
Calle Ica N° 400
Mariano Melgar - Arequipa

Dirección General
Admisión: 054-291658
Informes: 054 - 654560

**CONSULTAS EXTERNAS
ESPECIALIZADAS**

Nº 027641

Apellidos y Nombres

DNI/CIP

Fecha

Situación Unid

CANT.	DESCRIPCIÓN	P. UNIT.	TOTAL

TOTAL S/



LISTA DE VERIFICACIÓN DE PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS

Nº 000105



DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombre del Paciente: _____

Horas de ingreso a CC: _____

Nº HC: _____

Nº DNI/CIP: _____

Hora Inicio Anestesia: _____

Fecha: _____

Horas de Salida de CC: _____

Hora de Corte: _____

Horas de Cierre: _____

Hora Termina Anestesia: _____

Horas Salida de SCP: _____

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN
4	"LISTA DE VERIFICACIÓN DE PRACTICAS QUIRURGICAS SEGURAS" , AUTOCOPIABLE (FORMATO A4, EMPASTADO X 300 HOJAS)

<p>1 ENTRADA Administración de la Anestesia Responsable Anestesiólogo(a)</p> <p>¿Ha reevaluado la condición del paciente para iniciar la anestesia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Existe alguna obstrucción en la neoválvula realizada? <input type="checkbox"/> SI Registrar en HC -Evolución Médica <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Ha confirmado el/la paciente su identidad el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Se ha colocado el pulsoximetro al paciente y funciona? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Información sobre el paciente y planificación: a. Alergias conocidas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>b. Vía aérea oficial / riesgo de aspiración: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>En caso de marcar SI, hay instrumental y equipos (ayuda disponible)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>c. Riesgo de hemorragia >500ml (Trunk) En niños: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>En caso de marcar SI, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos más de acceso IV o centenas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>d. Se tiene disponibles los dispositivos médicos implantables o injertos: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>e. Se muestran las imágenes diagnósticas esenciales: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>f. Se cuenta con el equipo y asistencia mínima necesaria. Incluye verificación de la presencia de todo el personal que participará en el procedimiento e intervención quirúrgica: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>g. Se ha planificado el acceso intravenoso adecuado y la administración de fluidos: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Horas y Apellido Firmante del Anestesiólogo Hora de realizada la verificación: Hora de realizada la firma:</p>	<p>2 PAUSA Antes de la Incisión Quirúrgica Responsable Cirujano</p> <p>Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función <input type="checkbox"/></p> <p>Confirmar la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico <input type="checkbox"/></p> <p>Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica <input type="checkbox"/></p> <p>¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Profilactico: _____ Dosis: _____ Hora: _____</p> <p>PREVISION DE EVENTOS CRITICOS Cirujano revisa: <input type="checkbox"/> Confirma los pasos críticos o inesperados. <input type="checkbox"/> Indica el tiempo esperado que durará la operación. <input type="checkbox"/> Indica cuanto es la pérdida de sangre prevista.</p> <p><input type="checkbox"/> El cirujano confirma con el anestesiólogo si hay consideraciones específicas con el paciente. <input type="checkbox"/> El equipo de enfermería confirma la esterilidad de ropa instrumental y equipos (con resultados de los indicadores). <input type="checkbox"/> Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Nombre y Apellido Firmante del Médico Cirujano Hora de realizada la verificación: Hora de realizada la firma:</p>	<p>3 SAUIDA Antes de la Salida del Quirófano Responsable Cirujano</p> <p>El/la) cirujano confirma verbalmente: <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento realizado <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, paños, tornantes, gasas y agujas. <input type="checkbox"/> Hay muestras a etiquetar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>En caso de marcar SI ¿El etiquetado de las muestras se ha realizado siendo veritas de la etiqueta se voz alta, incluido el nombre del paciente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>El/la) Cirujano, anestesiólogo(a) e instrumentalista revisan: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente? <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Observaciones: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Colocar adhesivos de N°Reg de dispositivos implantables (si reverse)</p> <p>Nombre y Apellido Firmante de la instrumentista Hora de realizada la verificación: Hora de realizada la firma:</p> <p>Nombre y Apellido Firmante de Cirujano Hora de realizada la verificación: Hora de realizada la firma:</p>
--	--	---



CONTROL DE INDICADORES DE MATERIAL ESTERILIZADO

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA:

HORA:

ROPA PARA ATENCIÓN:

PAQUETE A:

PAQUETE B:

INDIVIDUALES (media luna, campos, entre otros):

INSTRUMENTAL PARA ATENCIÓN:

OTROS EQUIPOS Y/O INSTRUMENTALES:

Nombre

Firma y Sello

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN
5	"REPORTE OPERATORIO" (FORMATO A4 CON COPIA DE COLOR EMPASTADO X 300 HOJAS)



REPORTE OPERATORIO

Nº 000065

PACIENTE: _____

GRADO/UNIDAD: _____ NA/DNI: _____

FECHA: _____ EDAD: _____ Nro. H. CL. _____

OPERACIÓN: _____

HORA DE INICIO: _____ HORA DE TERMINO: _____

CIRUJANO(S): _____

1º AYUDANTE

2º AYUDANTE

ANESTESIA: _____

ANESTESIÓLOGO: _____

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: _____

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: _____

DRENES: _____

HALLAZGOS: _____

PROCEDIMIENTO: _____

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN
7	"FORMATO DE SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA" ENNUMERADOS Y (2) DOS HOJAS AUTOCOPIABLES DE DIFERENTES COLORES (FORMATO A4, EMPASTADO X 300 HOJAS)



FORMATO DE SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA

1. DISA/DIRESA: _____ Red de Salud: _____
 EESS: _____ 2. Servicio: _____ Cama N°:

3. _____ Edad: Sexo:

Apellidos y Nombres: _____
 GRADO: GGUU: UU:

Hist. Clínica: DNI: Teléfono:

Dirección: _____
 Provincia: _____ Distrito: _____
 Referencia: _____ Correo electrónico: _____

4. Tipo de Muestra: Esputo: Otro: Especificar: _____

5. Antecedente de tratamiento: Nunca tratado: Antes tratado: Recaida: Abandono Recup.: Fracaso:

6. Diagnóstico: S.R.: Seg. Diagnostico: Rx Anormal: Otro:

7. Control de tratamiento: Mes: Esq. TB sensible: Esq. DR: Esq. MDR: Esq. XDR: Otros:

8. Ex. solicitado: Baciloscopia: 1ra M: 2da M: Otras (especificar N°): Cultivo:

Prueba de Sensibilidad: Rápida: Especificar: _____ Convencional: Especificar: _____
 Otro examen (especificar): _____

9. Factores de riesgo TB resistente a medicamentos: _____

10. Fecha de obtención de la muestra: _____ 11. Calidad de la muestra: Adecuada:
 inadecuada:

12. Datos del solicitante: Apellidos y Nombres: _____
 Teléfono celular: _____ Correo: _____

13. Observaciones: _____

(PARA SER LLENADO POR EL LABORATORIO)

14. RESULTADOS:

Fecha	Procedimiento	N° de Registro de Laboratorio	Aspecto macroscópico	Resultados (solo marca casilla correspondiente)		
				Negativo Anotar(-)	N° BAAR/ Colonias	POSITIVO (Anotar. +, ++, +++ con color rojo)
	Baciloscopia					
	Cultivo					

15. Apellidos y Nombres de Laboratorista: _____ 16. Fecha de entrega: _____

17. Observaciones: _____

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN
10	RECETARIOS MEDICOS (FORMATO A6)



CONSULTORIOS HMD III DE

Grado..... Unidad:.....

Nombres y apellidos: edad:

Nombre y dirección del Establecimiento:

.....

CIP/DNI: Historia clínica:

USUARIO	ATENCION	ESPECIALIDAD MEDICA
Demanda <input type="checkbox"/>	consulta extrema <input type="checkbox"/>	medicina <input type="checkbox"/>
Investigación sanitaria <input type="checkbox"/>	emergencia <input type="checkbox"/>	cirugía <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>	hospitalización <input type="checkbox"/>	obstetricia <input type="checkbox"/>
	odontología <input type="checkbox"/>	pediatria <input type="checkbox"/>
	otros <input type="checkbox"/>	otros <input type="checkbox"/>

Diagnostico (definitivo presuntivo).....(CIE 10)

Rp/.

Medicamento o insumo concentración forma farmacéutica cantidad

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Sello/Firma/Col Profesional

.....
Fecha de Atención

.....
Valido hasta

