



GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO

HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Servicio de Neonatología – UCIN

INFORME N° 93 -2025-GERESA-HRC-UPS-UCIN

A MED. CARLOS GAMARRA VALDIVIA
Director del Hospital Regional de Cusco.

DE LIC.. SONIA MONZÓN PAREJA
Jefa de Enfermería del Servicio de Neonatología,

CC JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

ASUNTO : SOLICITO impresión de formatos.

FECHA : Cusco, 06 de octubre del 2025.

mediante el presente me dirijo a u. para saludarlo muy cordialmente y poner en su conocimiento que en el servicio de ucin . neonatología, en la fecha contamos con muy poca cantidad de formatos para el trabajo diario en la atención de los recién nacidos por lo que solicito la impresión de los siguientes formatos:

- 1 > 3000 formatos de solicitud de exámenes de laboratorio. A4
- 2 > 4000 formatos de hojas clap de evaluación de enfermería. Doble cara A4
- 3 > 4000 formatos de procedimientos de enfermería en Doble cara A4 hospitalización.(ambas caras)
- 4 > 4000 formatos de evolución médica.(ambas caras) Doble cara A4
- 5 > 3000 formatos de tratamiento de enfermería. (ambas caras) Doble cara A4
- 6 > 600 fichas de ROP. (en cartulina) - cartulina 17cm x 13cm
- 7 > 1000 formatos de fichas de cálculo de dextrosa. 1 cara A4
- 8 > 01 libro de registro de enfermería para alojamiento conjunto.

↳ Anillado de 200 hojas - Ancho 30 cm } Ferro grueso
- largo 42 cm

- acompaño al presente los formatos modelos solicitados.

Sin otro particular, agradeciendo la atención al presente, me despido de Ud,

021383

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL CUSCO
TRAMITE DOCUMENTARIO

06 OCT 2025 12:13

HORA :

FOLIOS: 07

.....

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Dra. Sonia Monzon Pareja
JEFE DE ENF. DE NEONATOLOGIA
CEP 21259 REE 2187A



HOSPITAL REGIONAL CUSCO

SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO

CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN

DATOS DEL PACIENTE

N° PRE FACTURA:

CONDICIÓN DEL PACIENTE: SIS () PARTICULAR () OTROS:

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD: SEXO: (M) (F)

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

N° HISTORIA CLÍNICA:

CONSULTORIO () HOSPITALIZACIÓN ()

SERVICIO:

N° CAMA:

N° DE REGISTRO:
(Llenado en Laboratorio)

PERFILES

- Lípidico (COLEST + HDL + LDL + TRIGLI)
- Hepático (TGO+TG+P+OSF+ALC+BILLIRUBINAS)
- Pre-Operativo (HMA+GLU+UREA+CREA+GS/RH+TC+TS)
- Tíndico (T3 total + T4 libre + TSH)

HEMATOLÓGICO

- Células L.E. (85999)
- Grupo sanguíneo y factor (86900)
- Hematocrito (85014)
- Hemograma completo (85027)
- Reticulocitos (85045)
- Tiempo de Coagulación y tiempo de sangría (85002)
- Tiempo de Protrombina (85610)
- Tiempo de Tromboplastina Parcial (85730)
- Fibrinógeno (85384)
- Velocidad de Sedimentación Globular (85651)

INMUNOLÓGICO

- Aglutinaciones Tíficas, Paratíficas (86000)
- Antiestreptolisina Latex (86050)
- Aglutinación para Brucella (86008)
- Factor Reumatoides Latex (86430)
- PCR Latex (86140)
- Tálber (84439)
- T3 (84480)
- T4 Total (84436)
- TSH (84443)
- BHCG Cualitativo Suero () Orinal () (81025)
- BHCG Cuantitativo (84702)
- PSA Libre (84154)
- PSA Total (84152)

/ /

:

Fecha y Hora de Solicitud

/ /

:

Fecha y Hora de toma de muestra

Firma y Sello del Médico tratante

7



HOSPITAL REGIONAL CUSCO

SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO

CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN

DATOS DEL PACIENTE

N° PRE FACTURA:

CONDICIÓN DEL PACIENTE: SIS () PARTICULAR () OTROS:

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD: SEXO: (M) (F)

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

N° HISTORIA CLÍNICA:

CONSULTORIO () HOSPITALIZACIÓN ()

SERVICIO:

N° CAMA:

N° DE REGISTRO:
(Llenado en Laboratorio)

PERFILES

- Lípidico (COLEST + HDL + LDL + TRIGLI)
- Hepático (TGO+TG+P+OSF+ALC+BILLIRUBINAS)
- Pre-Operativo (HMA+GLU+UREA+CREA+GS/RH+TC+TS)
- Tíndico (T3 total + T4 libre + TSH)

HEMATOLÓGICO

- Células L.E. (85999)
- Grupo sanguíneo y factor (86900)
- Hematocrito (85014)
- Hemograma completo (85027)
- Reticulocitos (85045)
- Tiempo de Coagulación y tiempo de sangría (85002)
- Tiempo de Protrombina (85610)
- Tiempo de Tromboplastina Parcial (85730)
- Fibrinógeno (85384)
- Velocidad de Sedimentación Globular (85651)

INMUNOLÓGICO

- Aglutinaciones Tíficas, Paratíficas (86000)
- Antiestreptolisina Latex (86050)
- Aglutinación para Brucella (86008)
- Factor Reumatoides Latex (86430)
- PCR Latex (86140)
- Tálber (84439)
- T3 (84480)
- T4 Total (84436)
- TSH (84443)
- BHCG Cualitativo Suero () Orinal () (81025)
- BHCG Cuantitativo (84702)
- PSA Libre (84154)
- PSA Total (84152)

/ /

:

Fecha y Hora de Solicitud

/ /

:

Fecha y Hora de toma de muestra

Firma y Sello del Médico tratante

N° PRE FACTURA:

CONDICIÓN DEL PACIENTE: SIS () PARTICULAR () OTROS:

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD: SEXO: (M) (F)

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

N° HISTORIA CLÍNICA:

CONSULTORIO () HOSPITALIZACIÓN ()

SERVICIO:

N° CAMA:

N° DE REGISTRO:
(Llenado en Laboratorio)

PERFILES

- Lípidico (COLEST + HDL + LDL + TRIGLI)
- Hepático (TGO+TG+P+OSF+ALC+BILLIRUBINAS)
- Pre-Operativo (HMA+GLU+UREA+CREA+GS/RH+TC+TS)
- Tíndico (T3 total + T4 libre + TSH)

HEMATOLÓGICO

- Células L.E. (85999)
- Grupo sanguíneo y factor (86900)
- Hematocrito (85014)
- Hemograma completo (85027)
- Reticulocitos (85045)
- Tiempo de Coagulación y tiempo de sangría (85002)
- Tiempo de Protrombina (85610)
- Tiempo de Tromboplastina Parcial (85730)
- Fibrinógeno (85384)
- Velocidad de Sedimentación Globular (85651)

INMUNOLÓGICO

- Aglutinaciones Tíficas, Paratíficas (86000)
- Antiestreptolisina Latex (86050)
- Aglutinación para Brucella (86008)
- Factor Reumatoides Latex (86430)
- PCR Latex (86140)
- Tálber (84439)
- T3 (84480)
- T4 Total (84436)
- TSH (84443)
- BHCG Cualitativo Suero () Orinal () (81025)
- BHCG Cuantitativo (84702)
- PSA Libre (84154)
- PSA Total (84152)

/ /

:

Fecha y Hora de Solicitud

/ /

:

Fecha y Hora de toma de muestra

Firma y Sello del Médico tratante



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA - UCIN
HOJA DE EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA



(2)

NIVEL: UCIN () UCI QX () INTERMEDIO UCI () INTERMEDIO () ENGORDE ()	CUNA () INCUBADORA () CUNA RADIANTE () FOTOTERAPIA ()		DIA	MES	AÑO	SEXO		N° DE CAMA	SURFACTANTE		DIAS DE HOSPITALIZ
	TIEMPO DE VIDA POR CAPURRO:	EDAD GESTACIONAL POR FUR:				M	F		SI	NO	
DIAGNOSTICO MEDICO											
HORAS DE CONTROL											
RESPONSABLE											
MADRE PARTICIPANTE											
ESTADO GENERAL APARENTEMENTE											
TEMPERATURA INCUBADORA											
TEMPERATURA RECIENTE NACIDO											
FRECUENCIA RESPIRATORIA	/Min	/Min	/Min	/Min	/Min	/Min	/Min	/Min	/Min	/Min	/Min
CARACTERISTICAS DE LA RESPIRACION											
FRECUENCIA CARDIACA	/Min	/Min	/Min	/Min	/Min	/Min	/Min	/Min	/Min	/Min	/Min
LLENADO CAPILAR											
COLOR DE PIEL											
OXIMETRIA:		%		%		%		%		%	%
CON/OXIG	SIN/OXG	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PRESION ARTERIAL	mm/Hg	mm/Hg	mm/Hg	mm/Hg	mm/Hg	mm/Hg	mm/Hg	mm/Hg	mm/Hg	mm/Hg	mm/Hg
PERIMETRO CEFALICO											
PERIMETRO ABDOMINAL											
CBN	CIPAP	VM	/	/	/	/	/	/	/	/	/
AL TURA DE TUBO ENDOTRAQUEAL											
PEEP	FIO2	FLUJO	/	/	/	/	/	/	/	/	/
HEMOGLUCOTEX											
CANALIZACION DE VIA PERIFERICA											
FOTOTERAPIA: CONVENCIONAL/AZUL											
CANALIZACION DE VIA PERIFERICA											
CANALIZACION DE VIA PERCUTANEA											
CAMBIO DE CANULA BINASAL											
ADMINISTRACION NPT											
FECHA DE TAMIZAJE NEONATAL											
CURACION HERIDA QX:											
SOG: GRAVEDAD ALIMENTACION	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
COLOSTOMIA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
RN PASAA: ENGORDE / INTERMEDIO	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
EXAMENES AUXILIARES											

PESO ACTUAL:
FACTOR:

3



MINISTERIO DE SALUD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO
SERVICIO DE UCI-NEONATAL



Table with columns for 'APELLIDO DEL RN', 'FECHA', and various medical indicators (INDICACIONES) categorized by 'GD' and 'GN'. The table lists 46 types of activities and 13 technical activities.

REG. INGRESO DE DX

C/I.....N°		N° DE VOLUTROL: I II III IV V				
FECHA:						
HORA DE INICIO:						
DEXTROSA.....%						
CLNA	20 %					
CLK	14.9%					
AMINOPLASMA						
LÍPIDOS						
VITAM.						
SULFT MAG						
TRAZAS						
TOTAL						
INGRESO						
QUEDA						
M=	M=					
T=	T=					
N=	N=					

REG. INGRESO DE DX

C/I.....N°		N° DE VOLUTROL: I II III IV V				
FECHA:						
HORA DE INICIO:						
DEXTROSA.....%						
CLNA	20 %					
CLK	14.9%					
AMINOPLASMA						
LÍPIDOS						
VITAM.						
SULFT MAG						
TRAZAS						
TOTAL						
INGRESO						
QUEDA						
M=	M=					
T=	T=					
N=	N=					

REG. INGRESO DE DX

C/I.....N°		N° DE VOLUTROL: I II III IV V				
FECHA:						
HORA DE INICIO:						
DEXTROSA.....%						
CLNA	20 %					
CLK	14.9%					
AMINOPLASMA						
LÍPIDOS						
VITAM.						
SULFT MAG						
TRAZAS						
TOTAL						
INGRESO						
QUEDA						
M=	M=					
T=	T=					
N=	N=					

REG. INGRESO DE DX

C/I.....N°		N° DE VOLUTROL: I II III IV V				
FECHA:						
HORA DE INICIO:						
DEXTROSA.....%						
CLNA	20 %					
CLK	14.9%					
AMINOPLASMA						
LÍPIDOS						
VITAM.						
SULFT MAG						
TRAZAS						
TOTAL						
INGRESO						
QUEDA						
M=	M=					
T=	T=					
N=	N=					

REG. INGRESO DE DX

C/I.....N°		N° DE VOLUTROL: I II III IV V				
FECHA:						
HORA DE INICIO:						
DEXTROSA.....%						
CLNA	20 %					
CLK	14.9%					
AMINOPLASMA						
LÍPIDOS						
VITAM.						
SULFT MAG						
TRAZAS						
TOTAL						
INGRESO						
QUEDA						
M=	M=					
T=	T=					
N=	N=					

REG. INGRESO DE DX

C/I.....N°		N° DE VOLUTROL: I II III IV V				
FECHA:						
HORA DE INICIO:						
DEXTROSA.....%						
CLNA	20 %					
CLK	14.9%					
AMINOPLASMA						
LÍPIDOS						
VITAM.						
SULFT MAG						
TRAZAS						
TOTAL						
INGRESO						
QUEDA						
M=	M=					
T=	T=					
N=	N=					

REG. INGRESO DE DX

C/I.....N°		N° DE VOLUTROL: I II III IV V				
FECHA:						
HORA DE INICIO:						
DEXTROSA.....%						
CLNA	20 %					
CLK	14.9%					
AMINOPLASMA						
LÍPIDOS						
VITAM.						
SULFT MAG						
TRAZAS						
TOTAL						
INGRESO						
QUEDA						
M=	M=					
T=	T=					
N=	N=					

REG. INGRESO DE DX

C/I.....N°		N° DE VOLUTROL: I II III IV V				
FECHA:						
HORA DE INICIO:						
DEXTROSA.....%						
CLNA	20 %					
CLK	14.9%					
AMINOPLASMA						
LÍPIDOS						
VITAM.						
SULFT MAG						
TRAZAS						
TOTAL						
INGRESO						
QUEDA						
M=	M=					
T=	T=					
N=	N=					

6



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

ROP

APELLIDOS DEL RN.	SEXO (M) (F)
-------------------	------------------

FECHA DE NACIMIENTO:	PESO DE NACIMIENTO: gramos
----------------------	---

EDAD GESTACIONAL	semanas
------------------	---------

PRIMERA EVALUACIÓN OFTALMOLOGICA

FECHA:

OXIGENO TERAPIA DÍAS	VENTIL. MECÁNICA	CPAP	CÁNULA BINASAL	TOTAL DE DÍAS
----------------------	------------------	------	----------------	---------------

CONTROLES

FECHA:	FECHA:
1ER. CONTROL	6TO. CONTROL
2DO. CONTROL	7MO. CONTROL
3ER CONTROL	8VO. CONTROL
4TO. CONTROL	9NO. CONTROL
5TO. CONTROL	10MO. CONTROL