



SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 0122

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

REFERENCIA: INFORME N°106-2025/UPSSCHYBS/HE/U.E.408/DRSC. / INFORME N°095-2025-GRCUSCO/DRSC//HE/RSP.

Señores :	R.U.C. :
Dirección :	
Teléfono :	Fax :
Email :	Fecha : 16/06/2025
Concepto :	Moneda : S/.
ADQUISICION DE TRÍPTICOS	

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	UNIDAD	475100052324	FORMATO ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO MARCA:		
10	UNIDAD	475100055092	FORMATO INFORME DE ALTA BLOCK X 100 HOJAS MARCA:		
5	CIENTO	475100019717	FORMATO EXAMEN FISICO MARCA:		
5	CIENTO	475100018241	FORMATO HOJA DE EXAMEN AUXILIAR MARCA:		
10	CIENTO	475100016292	FORMATO CENSO DIARIO DE HOSPITALIZACION MARCA:		
5	CIENTO	475100050147	FORMATO DE EPICRISIS MARCA:		
5	CIENTO	475100016062	FORMATO DE EXAMEN FISICO PEDIATRICO MARCA:		
2	CIENTO	475100016063	FORMATO DE INFORME DE INTERCONSULTA MARCA:		
5	CIENTO	475100050276	FORMATO HISTORIA CLINICA - NEONATAL MARCA:		
5	CIENTO	475100050342	FORMATO HISTORIA CLINICA PEDIATRICA. MARCA:		
10	CIENTO	475100017142	FORMATO HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA MARCA:		
10	CIENTO	475100050886	FORMATO HOJA DE MONITOREO PACIENTE PEDIATRICO MARCA:		
10	CIENTO	475100019772	FORMATO REGISTRO DE PRODUCTIVIDAD DE ENFERMERIA MARCA:		
5	CIENTO	475100018570	FORMATO RESULTADO DE LABORATORIO VARIOS MARCA:		

FECHA DE COTIZACIÓN

CONDICIONES DE VENTA: ESTA COTIZACION INCLUYE EL IGV (18 %)

DIAS CALENDARIOS.

* PLAZO DE ENTREGA.....

* TIEMPO DE GARANTIA.....

* OTROS.....

* FORMA DE PAGO.....

DEBERA CONSIGNAR EN LA PRESENTE COTIZACION:

* La presente cotización contempla las condiciones estipuladas en las ESPECIFICACIONES TECNICAS del requerimiento

* Consignar su dirección de correo electrónico y mantenerla activa

* Precisar periodo de VIGENCIA en días calendarios (Oferta Económica Valida Del _____ Al _____)

* Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotización, sirvase firmar y devolver la presente.

* N° de cuenta interbancaria de abono CCI :

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:

* La cotización se presentara en la plataforma de transparencia de la U.E 408 del hospital de espinar o vía correo electrónico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor, hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta.

*ADJUNTAR RNP,FICHA RUC Y ANEXOS



SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 00122

UNIDAD EJECUTORA : 408 UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001547

REFERENCIA: INFORME N°106-2025/UPSSCHYBS/HE/U.E.408/DRSC.

Señores :	R.U.C. :
Dirección :	
Teléfono :	Fax :
Email :	Fecha : 16/06/2025
Concepto :	Moneda : S/.
Concepto : ADQUISICION DE TRIPATICOS	

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
3	MILLAR	475100016213	AFICHE MARCA:		
5	MILLAR	470300050123	DIPTICO INFORMATIVO MARCA:		
1	MILLAR	475100055062	FORMATO DE HOJA DE DATOS PERSONALES MARCA:		
1	MILLAR	475100016355	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE GUARDIA MARCA:		
1	MILLAR	475100054441	FORMATO EVOLUCION MEDICA Y PEDIATRIA MARCA:		
1	MILLAR	475100051966	FORMATO KARDEX DE ENFERMERIA MARCA:		
1	MILLAR	475100018773	FORMATO PRIMER EXAMEN RECIEN NACIDO MARCA:		
6	MILLAR	470300060331	TRIPTICO INFORMATIVO MARCA:		
				TOTAL	

CONDICIONES DE VENTA: ESTA COTIZACION INCLUYE EL IGV (18 %)

* PLAZO DE ENTREGA..... DIAS CALENDARIOS.

* TIEMPO DE GARANTIA.....

* OTROS.....

* FORMA DE PAGO.....

DEBERA CONSIGNAR EN LA PRESENTE COTIZACION:

* La presente cotización contempla las condiciones estipuladas en las ESPECIFICACIONES TECNICAS del requerimiento

* Consignar su dirección de correo electrónico y mantenerla activa

* Precisar periodo de VIGENCIA en días calendarios (Oferta Económica Valida Del _____ Al _____)

* Si no estuviera en condiciones de atender la presente solicitud de cotización, súrvase firmar y devolver la presente.

* N° de cuenta interbancaria de abono CCI :.....

PARA EFECTOS DE PRESENTACION DEBERA TENER EN CUENTA:
* La cotización se presentara en la plataforma de transparencia de la U.E 408 del hospital de espinar o vía correo electrónico, sin borrones y/o enmendaduras, firmada y sellada, precisando numero de requerimiento y Razon Social del Proveedor, hasta la fecha de vigencia, caso contrario no sera tomado en cuenta

*ADJUNTAR RNP,FICHA RUC Y ANEXOS.

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Fecha,

Señores:

Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar

Presente. -

El que suscribe....., identificado con DNI
Nº, Representante Legal (de corresponder),
con RUC Nº....., con domicilio legal
en.....correo electrónico autorizado
para notificaciones, y para efectos del proceso adjudicado:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- a) Conocer, aceptar y someterme a lo indicado en los TÉRMINOS DE REFERENCIA / ESPECIFICACIONES TÉCNICAS y/o condiciones y reglas de la contratación.
- b) Tener conocimiento de las causales de abstención establecidas en el Artículo 99º del TUO de la Ley N° 27444–Ley del Procedimiento Administrativo General.
- c) Tener conocimiento de los impedimentos establecidos en el artículo 2 de la Ley N° 27588–Ley que establece las prohibiciones e incompatibilidades de los funcionarios, servidores públicos y toda persona que presta servicios en una entidad pública, bajo cualquier modalidad de contratación.
- d) No tener parentesco con Autoridades y/o funcionarios de la U. E. 408 Hospital de Espinar que tienen la facultad de proponer, seleccionar y/o aprobar contrataciones que se encuentran fuera del alcance de la Ley de Contrataciones y su Reglamento y no encontrarme inhabilitado para contratar con el Estado, ni tener participación en personas jurídicas que contraten con el Estado, mayor al establecido en la normativa vigente.
- e) No ser cónyuge, conviviente o tener parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad con los funcionarios y servidores del Hospital de Espinar, que tengan poder de decisión o intervención en las contrataciones, formulación de requerimientos, aprobación de conformidades, aprobación de contrataciones.
- f) No percibir del Estado Peruano más de una remuneración por cualquier tipo de ingreso y que es incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado, salvo las excepciones permitidas por la Ley (por función docente y la percepción de dietas por participación en un directorio de entidad del Estado).
- g) No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
- h) Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables en la Ley N° 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General.
- i) No tener antecedentes penales, judiciales y/o policiales (de corresponder).
- j) No divulgar ni utilizar información que sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros y en perjuicio o desmedro del Estado o de Terceros.

Caso contrario me hago acreedor a las sanciones administrativas y penales que imponen los reglamentos y dispositivos legales correspondientes.

ANEXO
CARTA DE AUTORIZACIÓN CUENTA CCI

(Para el pago con abonos en cuenta bancaria del proveedor)

Espinar,

Señores:
Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar
Presente.

Asunto: Autorización para el pago con abonos en cuenta.

Por el medio del presente, comunico a Ud. que el número del Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa que represento es el con Razón Social agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco.....

Asimismo, dejo constancia que la factura, emitido por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio, o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedara cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

.....
Firma

Nombre y apellidos del proveedor o de su representante
DNI:



U.E. N° 408
HOSPITAL DE
ESPINAR

Informe N° 087 - 2025/GR-CUSCO/DRSC/U.E. N° 408-HE/UPP

A : MC. GUIDO GIRALDO ALENCASTRE
Director Ejecutivo del Hospital de Espinar

De : TAP. KELY CANAZAS AYARBE
Jefe (e) de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto del Hospital de Espinar

ASUNTO : Solicito Información de Insumos, materiales y equipos adquiridos, por cada Centro de Costo de la Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar de los años 2022,2023 y 2024.

FECHA : Espinar, 12 de junio de 2025

13 JUN. 2025

6021

Hora: 9:00

Mediante el presente, me dirijo a su Despacho, para solicitar Información de Insumos, materiales y equipos adquiridos, por cada Centro de Costo de la Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar de los años 2022,2023 y 2024, lista de insumos adquiridos para determinar la estructura de costos de la Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar, según los datos del cuadro siguiente:

BASE DEL COMPONENTE DE COSTOS DE INSUMOS

Código Usado	Descripción	Unidad Uso	Unidad Adquisición	Precio	Precio	Precio	Cantidad	Unidad de medida	Costo
				2019	2020	2021			
9060001008	ACEITE DE OLIVA EXTRA VIRGEN X 1L	UNIDAD	UNIDAD	22.50	22.50	22.50	1000	ML	0.02
9060001002	ACEITE DE OLIVA EXTRA VIRGEN X 500 mL	UNIDAD	UNIDAD	22.00	22.00	22.00	500	ML	0.04
9060001047	ACEITE DE OLIVA VIRGEN X 750 mL	UNIDAD	UNIDAD	28.50	28.50	28.50	750	ML	0.04

Siendo que el Comité debe de costear a detalle cada procedimiento que se cumple en las diferentes Unidades Productoras de Servicios y en los Centros de Costo, debe identificar el valor por cada uso de los insumos fungibles y no fungibles utilizada en las diferentes UPS y Centros de Costo de nuestra Institución de forma oficial para sustentar el costo real de cada procedimiento.

Sin otro particular, es cuento debo solicitar a su Despacho y al responsable de Logística para que el comité pueda dar cumplimiento a la labor asignada por la GERESA y el MINSA en cuanto a la presentación del costeo detallado de los procedimientos que nos corresponden como Hospital de segundo nivel.

Atentamente;

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE CUSCO
U.E. 408 - HOSPITAL DE ESPINAR


tcc. Kely Canazas Averbe

ESPECIFICACIONES TECNICAS

1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION:

Adquisición de **LIBROS, TEXTOS Y OTROS MATERIALES IMPRESOS** para el Servicio de Banco de Sangre y Centro de Hemoterapia del Hospital de Espinar.

2. FINALIDAD PÚBLICA:

El presente proceso busca contar con **LIBROS, TEXTOS Y OTROS MATERIALES IMPRESOS** para la realización de la **CAMPAÑA DE DONACION DE SANGRE VOLUNTARIA - ESPINAR 2025**”, por parte del Servicio de Banco de Sangre y Centro de Hemoterapia del Hospital de Espinar.

3. ANTECEDENTES:

La donación voluntaria de sangre constituye una acción solidaria que ayuda a salvar vidas y mantener saludables a muchas personas con determinadas enfermedades. Su importancia radica en la necesidad de los hospitales de realizar transfusiones a diario, algunos de los casos más recurrentes por los que se recurre al banco de sangre son casos de muerte materna, muerte neonatal, pacientes accidentados y pacientes con enfermedades sanguíneas degenerativas. La Ley N°: 26454, en donde se declara de orden público y de interés nacional la obtención, donación, conservación y transfusión de sangre humana, brinda un sustento legal para afrontar la problemática acerca de la escasa donación voluntaria de sangre en el país. El Hospital de Espinar UE- 408 II-1, el cual es un centro referencial que atiende a toda la población asegurada y no asegurada de la Provincia de Espinar y sus aledaños, en sus diversas carteras de servicio, apertura su Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia tipo-I (BS-I), que abastece las necesidades de los pacientes provenientes de la misma provincia, pacientes que carecen de donantes y familiares que no radican en dicho lugar, razón por la cual nuestra institución realiza las campañas de donación de sangre, en favor de estos pacientes, que nos permita cubrir esta demanda. Con la premisa de que los donantes altruistas no remunerados y repetitivos ofrecen la mayor seguridad con respecto a la donación de sangre y hemocomponentes, nuestra institución se enmarca dentro del Plan Nacional de Promoción de Donación Voluntaria de Sangre con la finalidad de mejorar la disponibilidad, seguridad, calidad y uso de sangre (Hemocomponentes). Por todo ello, elaboramos el presente informe buscando las estrategias y el fortalecimiento de la donación voluntaria de sangre, velando por el derecho a la vida y la salud de nuestros usuarios que es la población Espinarense y sus comunidades en general.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACION:

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Adquirir **LIBROS, TEXTOS Y OTROS MATERIALES IMPRESOS** para la realización de la **CAMPAÑA DE DONACION DE SANGRE VOLUNTARIA - ESPINAR 2025**”, por parte del Servicio de Banco de Sangre y Centro de Hemoterapia del Hospital de Espinar.



4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Tener a disposición Unidades de Sangre (Paquetes Globulares) para la asistencia de pacientes críticos de emergencia, ginecología y pacientes con cirugías programadas
- Educar a la población sobre donación de sangre voluntaria brindando información en **dípticos y trípticos** para que se conviertan en donantes de sangre habituales, voluntarios y no remunerados, a fin de garantizar reservas de sangre suficientes para atender las necesidades de los que más lo requieran.
- Promover la donación voluntaria mediante la sensibilización visual, asegurando así las futuras campañas de donación voluntaria con el uso de **afiches**.
- Sensibilizar y lograr cambios de actitud de la población frente a creencias, mitos, paradigmas y temores respecto a la donación voluntaria.

5. ALCANCES Y DESCRIPCION DE LOS BIENES A CONTRATAR:

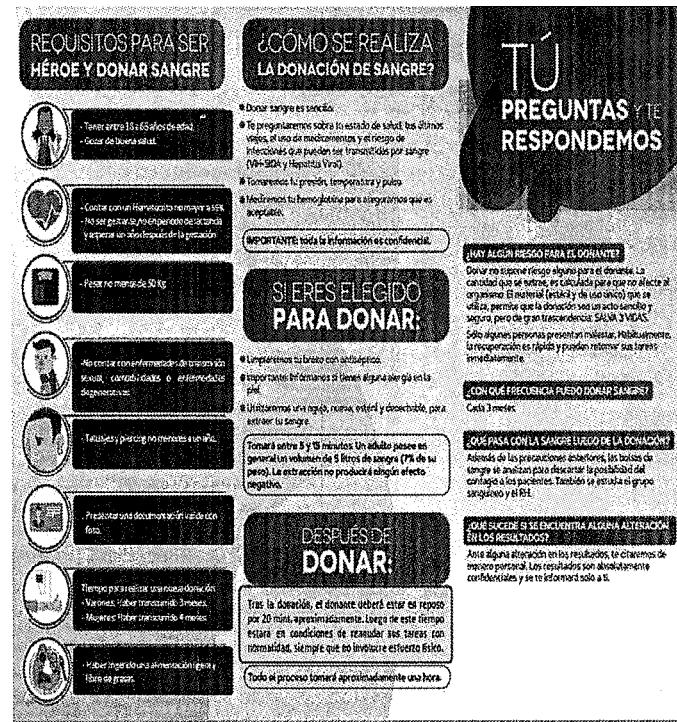
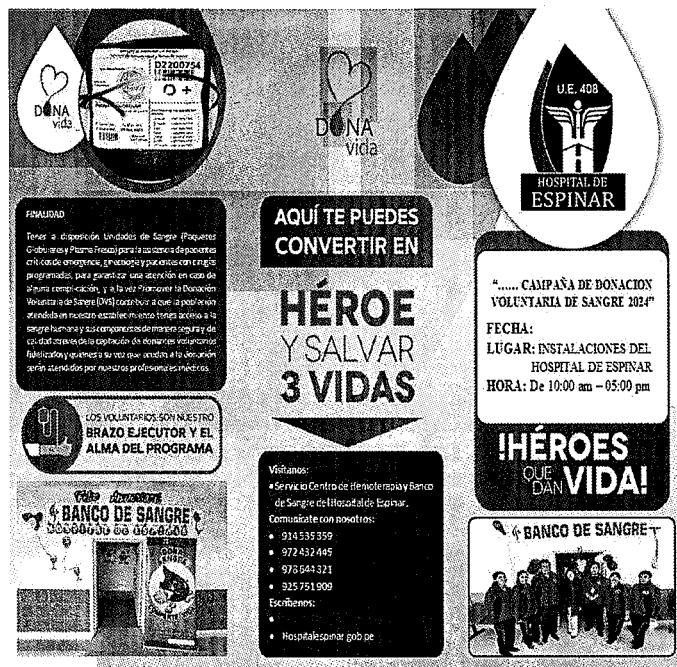
5.1. ESPECIFICACIONES TECNICAS: Dípticos, trípticos y afiches.

LIBROS TEXTOS Y OTROS MATERIALES IMPRESOS	
ITEM	ESPECIFICACION TECNICA
DIPTICO:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dimensiones: 21 cm x 20 cm ➤ Pliegue: 10 cm ➤ Color: Impresión en alta resolución, full color según diseño adjunto. ➤ Material: Papel couche de 100 gr. ➤ Cantidad: 5 Millares ➤ Modelo: 



TRIPTICO:

- Dimensiones: 21 cm x 30 cm
- Pliegue: 10 cm
- Color: Impresión en alta resolución, full color según diseño adjunto.
- Material: Papel couche de 100 gr.
- Cantidad: 6 Millares
- Modelo:



[Handwritten signature]

AFICHE:

- Dimensiones: 70 cm x 45 cm
- Color: Impresión en alta resolución, full color según diseño adjunto.
- Material: papel couche de 100 gr.
- Cantidad: 01 millares del modelo N° 01 y 02 millares del modelo N° 02
- Modelos:

**Modelo N° 01**

Edwin Soto Ccayahualipa



Modelo N° 02

5.2. REQUISITOS GENERALES: El CONTRATISTA debe contar para la presente contratación con lo siguiente:

- Contar con Registro Nacional de proveedores vigente.
- Certificado de buenas prácticas de almacenamiento (de corresponder).
- Declaración jurada de datos del postor.
- Declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas requeridos.

5.3. EMBALAJE Y ROTULADO:

EMBALAJE: El embalaje de los productos deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Cajas de cartón nuevas y resistentes que garanticen la integridad, orden, conservación, transporte y adecuado almacenamiento
- Cajas que faciliten su conteo y fácil apilamiento, precisando el número de cajas apilables.

ROTULADO: El rotulado del envase mediato e inmediato:

- Cajas debidamente rotuladas indicando nombre del producto, presentación, cantidad, lote, nombre del proveedor, especificaciones para la conservación y almacenamiento.
- En las caras laterales debe indicar la palabra "FRAGIL", con letras visibles e indicar con una flecha el sentido correcto para la posición de la caja.
- Condiciones de transporte (número máximo de cajas apilables).

5.4. TRANSPORTE: El proveedor es responsable del transporte, por lo tanto deberá tomar las medidas necesarias, tales como contratar seguros, servicios de carga y descarga, entre otros, que aseguren la entrega de los reactivos en las condiciones requeridas.

5.5. GARANTÍA COMERCIAL:

ALCANCE DE LA GARANTÍA: Contra defectos no detectables al momento que se otorgó la conformidad.

GARANTIA COMERCIAL: Garantía Comercial y/o fabricante del bien ofertado.

CONDICION DE INICIO DEL CÓMPUTO DEL PERÍODO DE GARANTÍA: A partir de la fecha en la que será internado en los almacenes correspondientes y su respectiva conformidad por el área usuaria y el almacén del Hospital Espinar.

CARTA DE COMPROMISO DE CANJE DEL PRODUCTO OFERTADO: En el caso donde el proveedor se compromete a realizar el cambio en un plazo máximo de cinco (10) días calendario de haber sido notificado.

5.6 DEL INTERNAMIENTO: EL CONTRATISTA deberá internar los productos con los siguientes documentos:

- a. Guía de Remisión original y copia
- b. Copia de la Orden de Compra
- c. Copia de Registro Sanitario del producto a entregar

5.7. MEDIDAS DE CONTROL

- Toda coordinación que requiera el proveedor, previa a la entrega de los reactivos a almacén del Hospital de Espinar, se realizará con el área de Logística; toda coordinación que requiera el proveedor, posterior a la entrega a almacén del Hospital de Espinar, se realizará con el área de Banco de Sangre y Centro de Hemoterapia del Hospital de Espinar.
- El área de Almacén otorgará la conformidad de recepción, contando previamente con el visto bueno del encargado del Servicio de Banco de Sangre y Centro de Hemoterapia del Hospital de Espinar.



5.8. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCION DE LA PRESTACION

LUGAR: El material deberá ser entregado al almacén del Hospital Espinar, sito en Calle Domingo Huarca Cruz S/N de Ciudad de Espinar, por lo tanto la empresa que brinde el servicios deberá encargarse del transporte y entrega directa, en el horario de 8:00 a 14:00 horas. La entidad no estará obligada en recibir dicho bien, fuera de la fecha y horario establecido.

PLAZO DE EJECUCION: Los bienes materia de la presente contratación se entregarán en el plazo máximo de diez (10) días calendarios de notificado de la orden de compra, EN UNA SOLA ENTREGA. *Días calendario posteriores a la emisión de la orden de compra

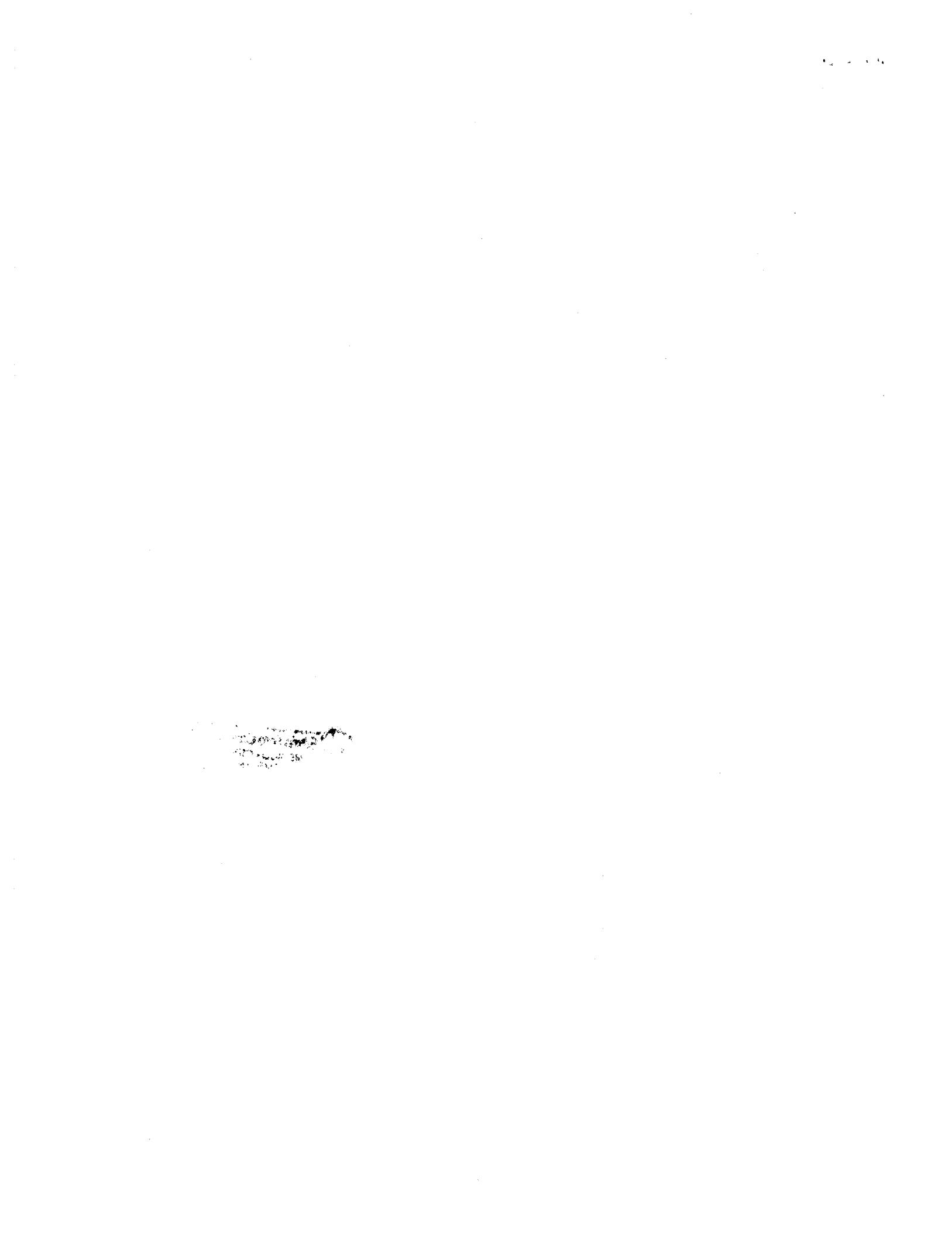
5.9. CONFORMIDAD: La conformidad del bien será otorgada por:

- El funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada.
- Recepción y conformidad por el Responsable del Almacén Central.

De existir observaciones, se otorgará al Contratista un plazo no menor de dos (2) días, ni mayor de diez (10) días calendarios, para la subsanación correspondiente.

5.10. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS: El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de un (01) año contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD; no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos.





ESPECIFICACIONES TECNICAS.

1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION:

Adquisición de FORMATOS IMPRESOS, para las atenciones de salud y actividades preventivas promocionales de los diferentes programas presupuestales de la U.E. 408 HOSPITAL ESPINAR.

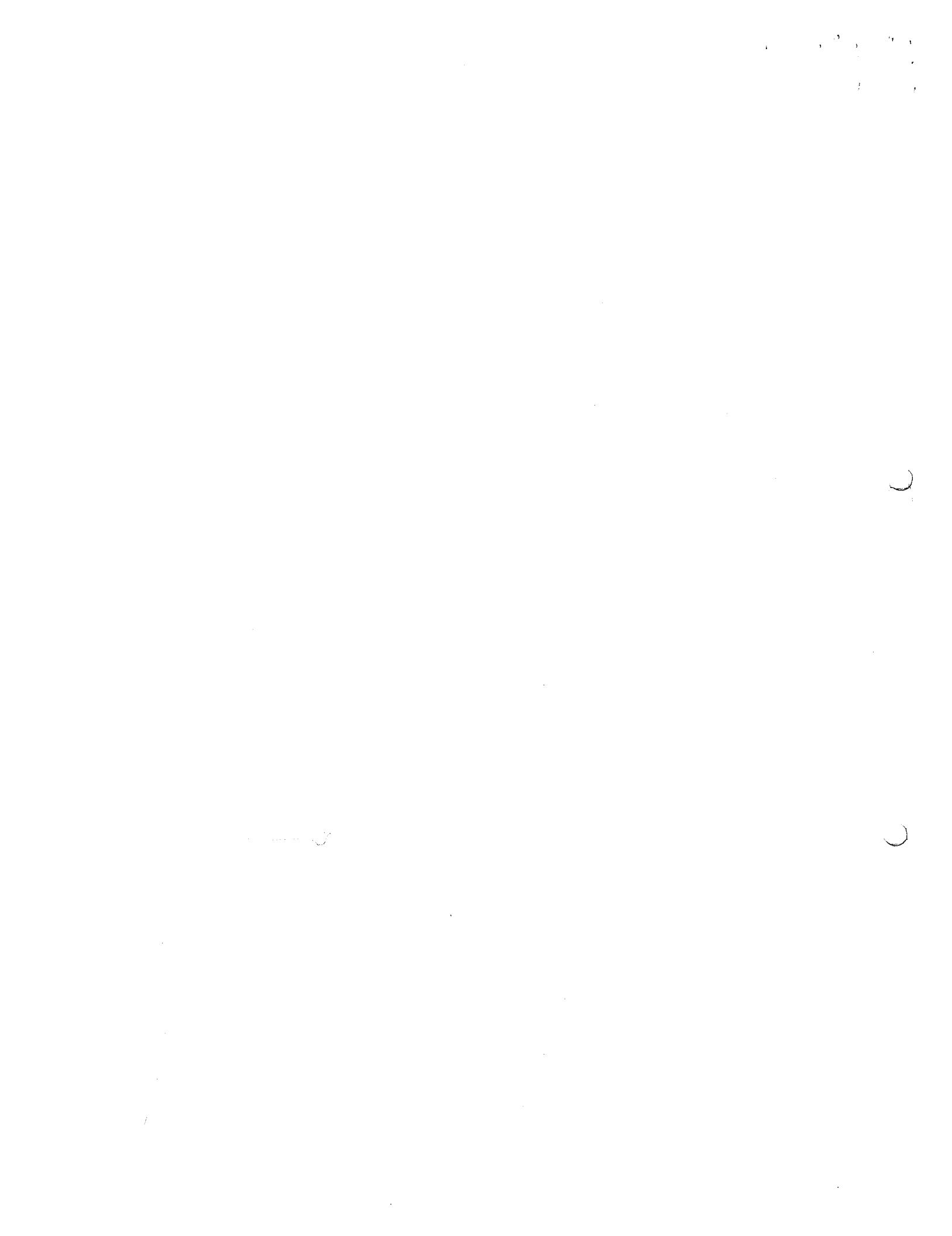
2. FINALIDAD PÚBLICA:

El presente proceso busca contar con MATERIAL IMPRESO, FORMATERIA ya sea para las actividades de registro de atenciones diarias, informes operacionales, hojas de historia clínica para la evolución del paciente, solicitud de exámenes así como consejerías y promoción de la salud, por ello es de gran importancia la adquisición de dicho material para garantizar desde el adecuado registro de las atenciones hasta brindarle al paciente las correctas orientaciones, ejecutadas por el consultorio de los programas presupuestales de la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

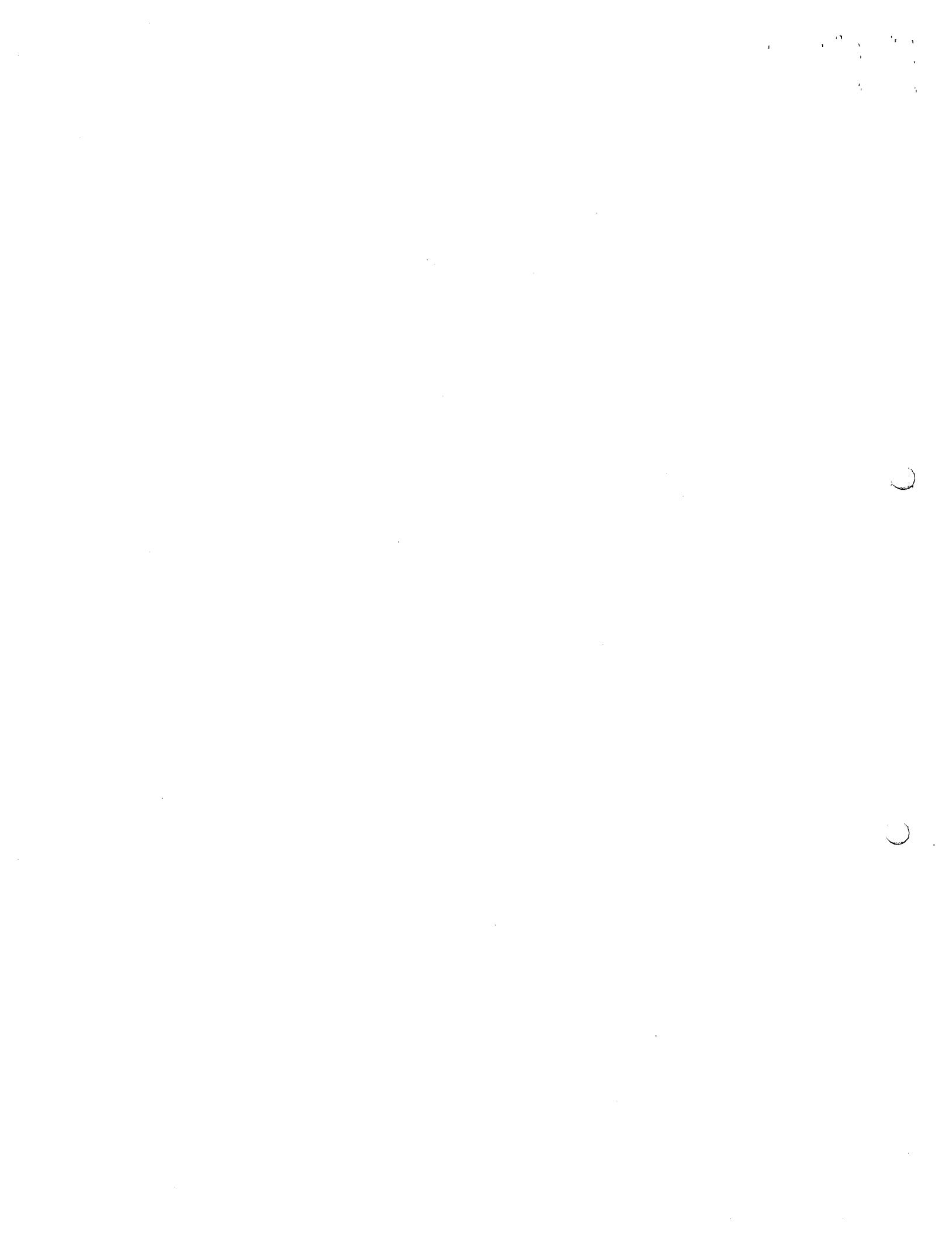
3. CARACTERISTICAS ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO:

ITEM	DESCRIPCIÓN	U/M	CANT.
FORMATO DE HISTORIA CLINICA	<p>EXAMEN FISICO DEL RECIEN NACIDO (05 CIENTO)</p> <ul style="list-style-type: none">• PAPEL: Hoja bond 70 gr• TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm)• IMPRESIÓN: Anverso y Reverso• TINTA DE IMPRESIÓN: Azul Marino• DISEÑO: Como el modelo adjunto. <p>INFORME DE INTERCONSULTA (02 CIENTO)</p> <ul style="list-style-type: none">• PAPEL: Hoja bond 70 gr• TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm)• IMPRESIÓN: Anverso y Reverso• TINTA: Azul Marino• DISEÑO: Como el modelo adjunto <p>CENSO DIARIO HOSPITALIZACION (10 CIENTO)</p> <ul style="list-style-type: none">• PAPEL: Hoja bond 70 gr• TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm)• IMPRESIÓN: Anverso• TINTA: Azul Marino• PRESENTACION: En block de 100• DISEÑO: Como el modelo adjunto.	MILLAR	17



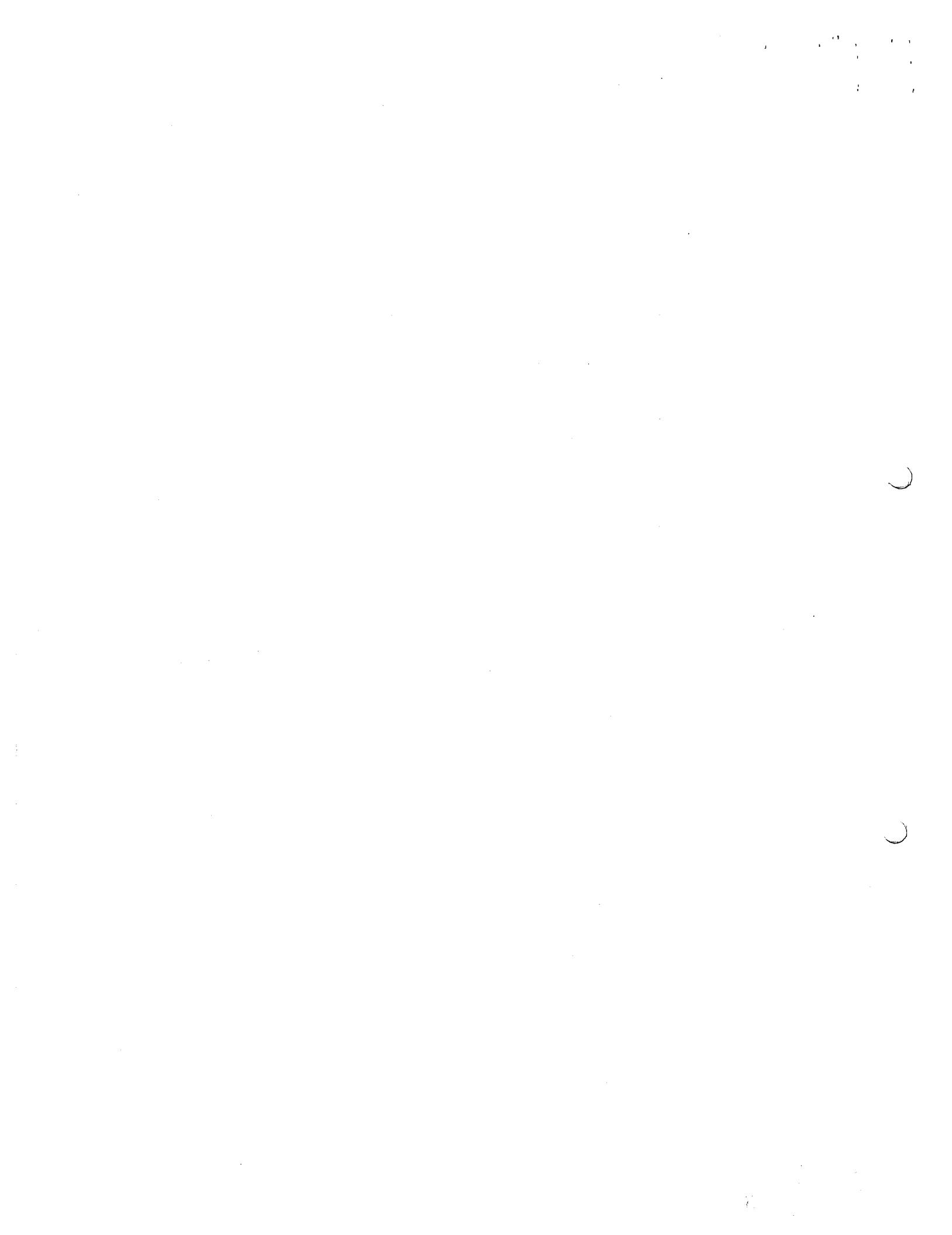


REPORTE DIARIO DE GUARDIA (01 MILLAR) <ul style="list-style-type: none">• PAPEL: Hoja bond 70 gr• TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm)• IMPRESIÓN: Anverso• TINTA: Azul Marino• PRESENTACION: En block de 100• DISEÑO: Como el modelo adjunto. EVOLUCION DE ENFERMERIA (10 CIENTO) <ul style="list-style-type: none">• PAPEL: Hoja bond 70 gr• TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm)• IMPRESIÓN: Anverso y Reverso• TINTA: Azul Marino• DISEÑO: Como el modelo adjunto. EXAMENES AUXILIARES (05 CIENTO) <ul style="list-style-type: none">• PAPEL: Hoja bond 70 gr• TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm)• IMPRESIÓN: Anverso• TINTA: Azul Marino• DISEÑO: Como el modelo adjunto. RESULTADO DE LABORATORIO (05 CIENTO) <ul style="list-style-type: none">• PAPEL: Hoja bond 70 gr• TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm)• IMPRESIÓN: Anverso• TINTA: Azul Marino• DISEÑO: Como el modelo adjunto. PRIMER EXAMEN DEL RECIEN NACIDO (01 MILLAR) <ul style="list-style-type: none">• PAPEL: Hoja bond 70 gr• TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm)• IMPRESIÓN: Anverso• TINTA: Azul Marino• DISEÑO: Como el modelo adjunto EXAMEN FISICO (0.5 CIENTO) <ul style="list-style-type: none">• PAPEL: Hoja bond 70 gr• TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm)• IMPRESIÓN: Anverso y reverso• TINTA: Azul Marino• DISEÑO: Como el modelo adjunto. REGISTRO PRODUCTIVIDAD ENFERMERIA (10 CIENTO) <ul style="list-style-type: none">• PAPEL: Hoja bond 70 gr• TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm)		
--	--	--



<ul style="list-style-type: none"> • IMPRESIÓN: Anverso • TINTA: Azul Marino • DISEÑO: Como el modelo adjunto. <p>EPICRISIS (05 CIENTO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAPEL: Hoja bond 70gr • TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm) • IMPRESIÓN: Anverso • TINTA: Azul Marino • DISEÑO: Como el modelo adjunto <p>HISTORIA CLINICA NEONATOLOGIA (05 CIENTO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAPEL: Hoja bond 70 gr • TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm) • IMPRESIÓN: Anverso y reverso • TINTA: Azul Marino • DISEÑO: Como el modelo adjunto <p>HISTORIA CLINICA PEDIATRIA (05 CIENTO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAPEL: Hoja bond 70 gr • TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm) • IMPRESIÓN: Anverso y reverso • TINTA: Azul Marino • DISEÑO: Como el modelo adjunto <p>HOJA DE MONITOREO (10 CIENTO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAPEL: Hoja bond 70 gr • TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm) • IMPRESIÓN: Anverso • TINTA: Azul Marino • DISEÑO: Como el modelo adjunto. <p>KARDEX DE ENFERMERIA (1 MILLAR)</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAPEL: Hoja bond 70 gr • TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm) • IMPRESIÓN: Anverso y reverso • TINTA: Azul Marino • DISEÑO: Como el modelo adjunto. <p>EVOLUCION MEDICA PEDIATRIA (1 MILLAR)</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAPEL: Hoja bond gr • TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm) • IMPRESIÓN: Anverso y reverso • TINTA: Azul Marino • DISEÑO: Como el modelo adjunto. <p>HOJA DE DATOS (10 unidades)</p>		
--	--	--







Dirección
Regional de
Cusco

Hospital Regional de
"HOSPITAL ESPINAR"

Año del fortalecimiento de la soberanía
nacional"

07-07-2017
P-218-11-13



	<ul style="list-style-type: none">● PAPEL: Hoja bond 70 gr● TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm)● IMPRESIÓN: : Anverso● TINTA DE IMPRESIÓN: Azul Marino● COLOR: Primera hoja blanco, segunda hoja celeste● PRESENTACION: En block de 100 autocopiativo● DISEÑO: Como el modelo adjunto <p>INFORME DE ALTA (block 100 hojas) (10 UNIDADES)</p> <ul style="list-style-type: none">● PAPEL: Hoja bond 70 gr● TAMAÑO: A4 (21 X 29.7 cm)● IMPRESIÓN: : Anverso● TINTA DE IMPRESIÓN: Azul Marino● COLOR: Primera hoja blanco, segunda hoja celeste● PRESENTACION: En block de 100 autocopiativo● DISEÑO: Como el modelo adjunto		
--	---	--	--

4. PERFIL DEL PROVEEDOR :

El CONTRATISTA debe contar para la presente contratación con lo siguiente:

- ✓ Contar con Registro Nacional de proveedores vigente. (De corresponder)
- ✓ No tener impedimento para postular en el procedimiento de contratación, ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- ✓ Conocer, aceptar y someterme a las Especificaciones Técnicas, condiciones y reglas del procedimiento de contratación.

5. PLAZO DE ENTREGA

Los bienes materia de la presente contratación se entregarán en el plazo máximo de 30 días calendarios, de notificado de la orden de compra al contratista de forma ÚNICO.

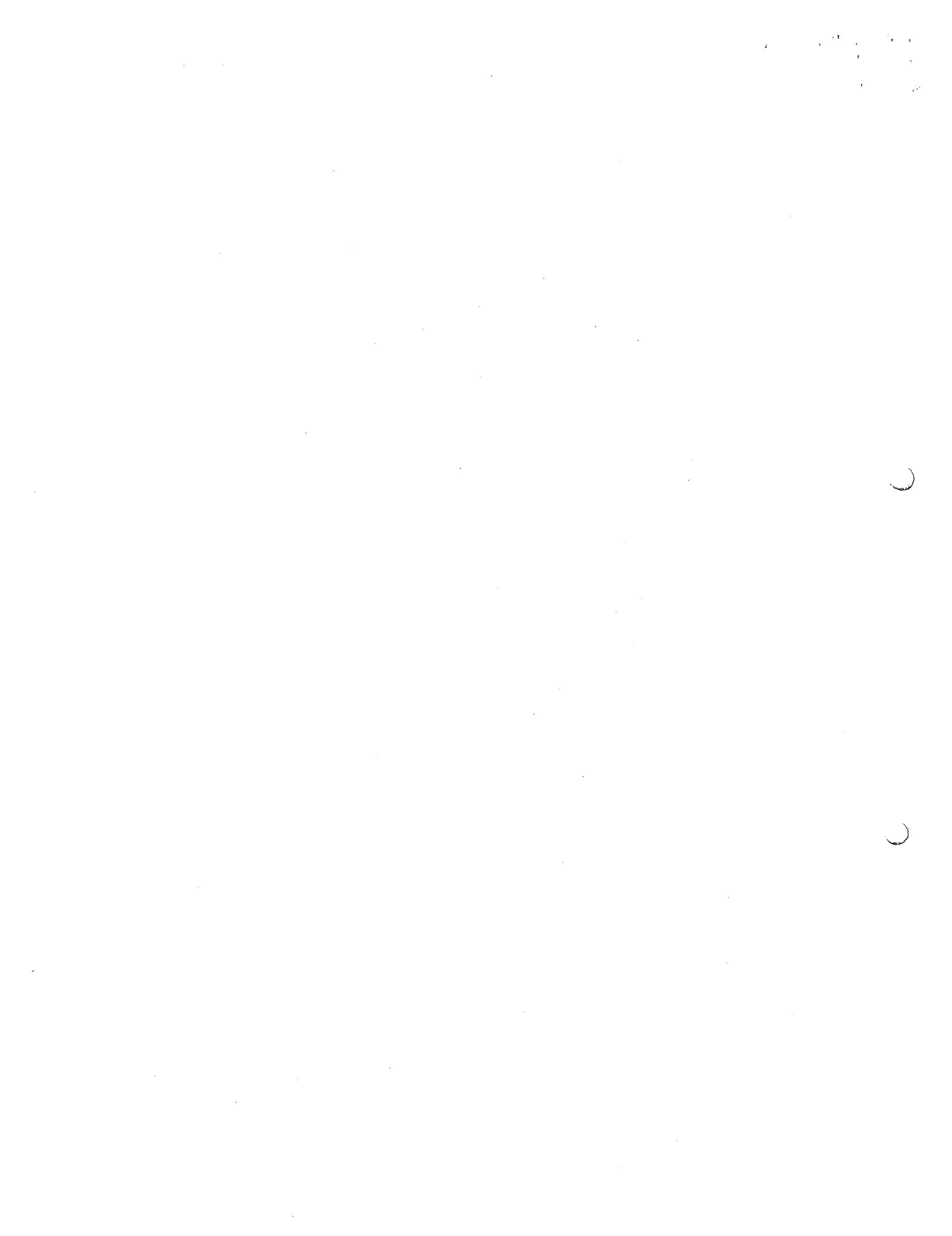
6. LUGAR DE ENTREGA

Los productos deberán ser entregados en el almacén, del Hospital Espinar, sito en Calle Domingo Huarca Cruz S/N de Ciudad de Espinar, en el horario de 8:00 a 16:00 horas. La entidad no estará obligada en recibir dicho bien, fuera de la fecha y horario establecido.

7. GARANTÍA

La garantía del bien no podrá ser menor a un mes, contados desde la fecha de internamiento. Se notificará al proveedor de cualquier defecto de fábrica e indicará la naturaleza del defecto, una vez recibida la notificación, el proveedor reemplazará la totalidad de los bienes defectuosos, sin

100% de los bienes defectuosos.



costo alguno, dentro de los 10 días calendarios a partir de la recepción formal del bien por parte del almacén.

8. PENALIDAD

En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la Orden, se aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de retraso, calculado de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en días}}$$

Dónde F tiene los siguientes valores:

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

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

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total de la Orden de compra o la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.

9. FORMA DE PAGO

El pago se realizará en una sola armada luego de ser recepcionados los bienes, previa conformidad de la UE 408 HOSPITAL DE ESPINAR., con el visto bueno del responsable de Almacén. La Entidad deberá realizar el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en quince (15) días calendario de otorgada la conformidad de recepción de la prestación. Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad deberá contar con la siguiente documentación:

- Recepción y conformidad del responsable del Almacén.
- Informe del funcionario responsable del área usuaria emitiendo su conformidad de la prestación efectuada, cuando corresponda.
- Comprobante de pago (Factura).

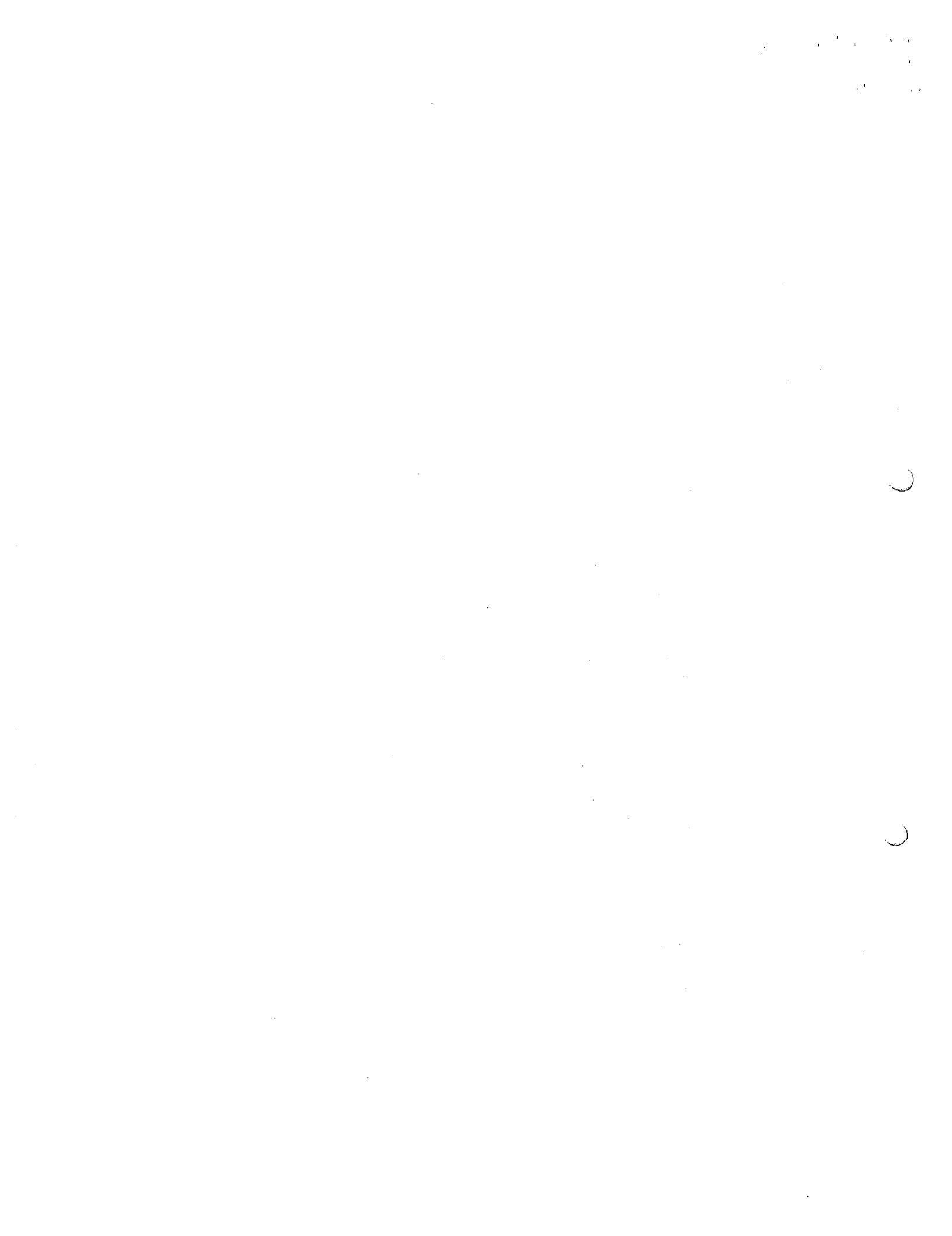
10. CONFORMIDAD DEL BIEN

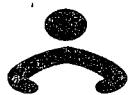
La conformidad será emitida por el coordinador de cada programa, con el visto bueno del responsable de Almacén.

De existir observaciones, se otorgará al Contratista un plazo no menor de dos (2) días, ni mayor de diez (10) días calendarios, para la subsanación correspondiente.

MINISTERIO DE SALUD
 U.E. 408 HOSPITAL ESPINAR

 Lic. Enf. Karina Enriquez Coila
 CEP. 42698





EXAMEN FISICO		DETALLE DE LA ANORMAL	EVOLUCIÓN
N L			
1. Estado General	<input type="checkbox"/>		
2. Piel	<input type="checkbox"/>		
3. Cabeza	<input type="checkbox"/>		
4. Pabellones Auriculares	<input type="checkbox"/>		
5. Cara	<input type="checkbox"/>		
6. Boca y ORL	<input type="checkbox"/>		
7. Cuello	<input type="checkbox"/>		
8. Clavícula	<input type="checkbox"/>		
9. Tórax	<input type="checkbox"/>		
10. Cardio Vascular	<input type="checkbox"/>		
11. Abdomen	<input type="checkbox"/>		
12. Ombligo	<input type="checkbox"/>		
13. Ano	<input type="checkbox"/>		
14. Genitales	<input type="checkbox"/>		
15. Extrem. Superior	<input type="checkbox"/>		
16. Extrem. Inferior	<input type="checkbox"/>		
17. Columna	<input type="checkbox"/>		
18. Sistema Nervioso	<input type="checkbox"/>		

Drs. del R.N. Patológico

EVALUACIÓN EN ALOJAMIENTO CONJUNTO					
FECHA		EDAD	Lactancia	Examen Físico	
DÍA	MES			AÑO	Buena
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
DIAGNÓSTICO					INDICACIONES / OBSERVACIONES
1.					
2.					
3.					
4.					
PESO AL ALTA		PRÓXIMA CITA	PROFESIONAL RESPONSABLE		MÉDICO RESPONSABLE
		/ /			

EVALUACIÓN EN ALOJAMIENTO CONJUNTO					
FECHA		EDAD	Lactancia	Examen Físico	
DÍA	MES			AÑO	Buena
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
DIAGNÓSTICO					INDICACIONES / OBSERVACIONES
1.					
2.					
3.					
4.					



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas
HOSPITAL ESPINAR

Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

EVALUACIÓN EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

FECHA			EDAD	Lactancia	Examen Físico	
DÍA	MES	AÑO			Buena	Normal <input type="checkbox"/>
			No lacta			
			Vomita			
DIAGNÓSTICO					INDICACIONES / OBSERVACIONES	
1. _____					_____	
2. _____					_____	
3. _____					_____	
4. _____					_____	
PESO AL ALTA		PRÓXIMA CITA		PROFESIONAL RESPONSABLE		MÉDICO RESPONSABLE

OBSERVACIONES MÉDICAS

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas
HOSPITAL DE ESPINAR

Minisistro de Salud
Dirección Regional de Salud C...

FORMATO DE INGRESO CONSULTA

FECHA: _____ HORA: _____

HORA: _____

HISTORIA CLÍNICA: N° DE CAMA:

INFORME DE INTERCONSULTA

FECHA: _____ HORA: _____

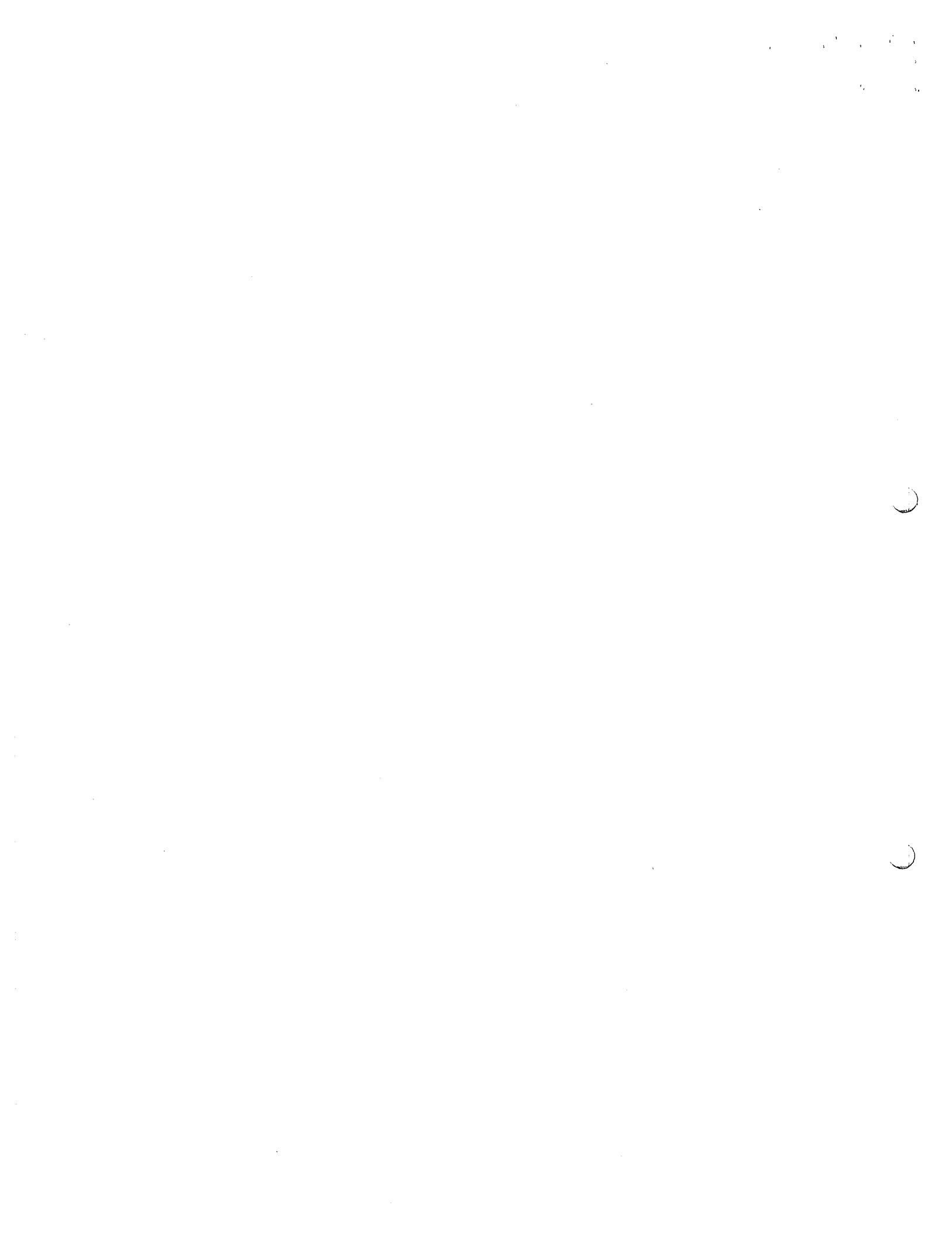
HORA: _____

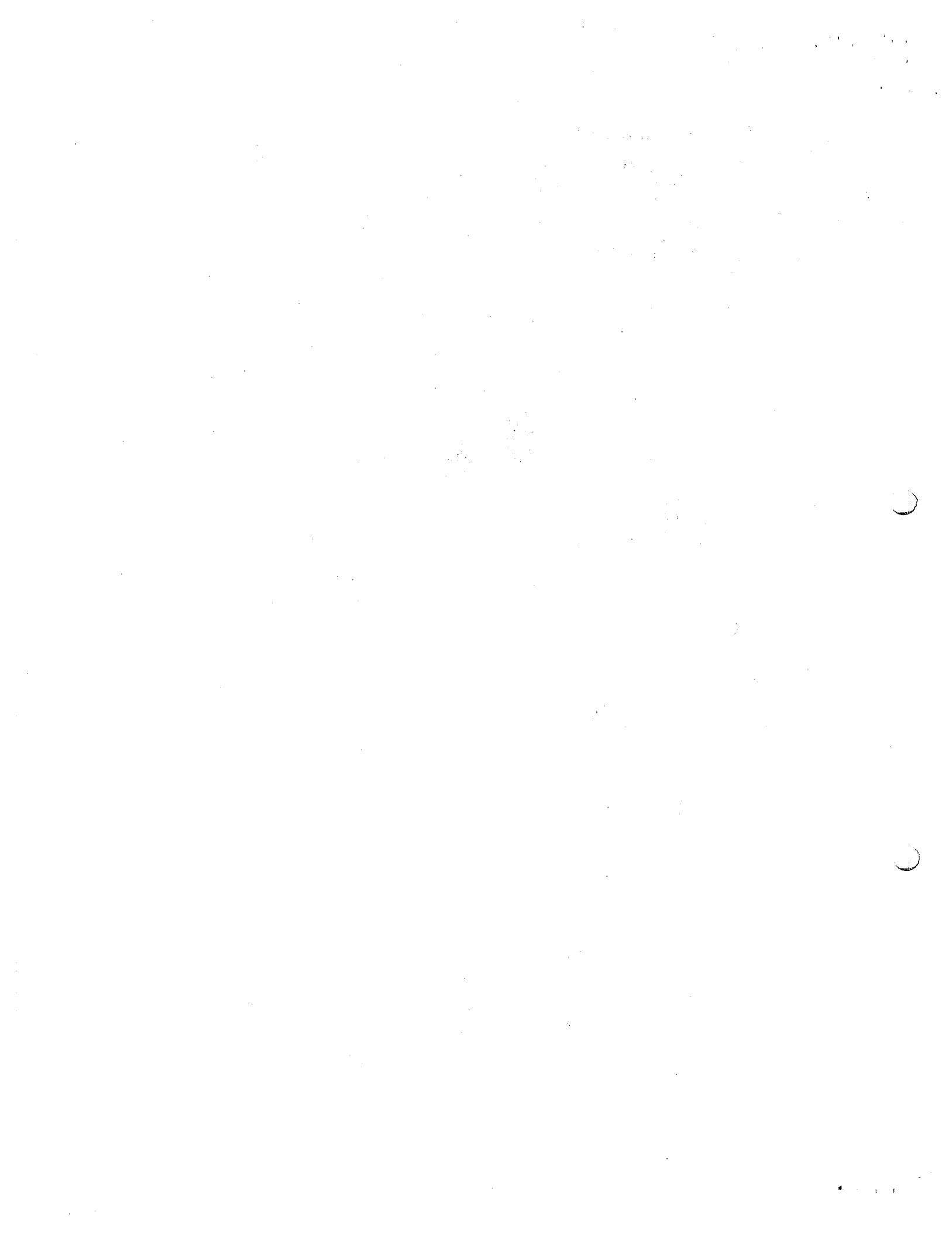
SERVICIOS DE:

Nombres y Apellidos

Colegio Profesional

Sello y Firma







Ministerio de Salud

QUE ATENDEMOS PERSONAS
HOSPITAL DE ESPINAR

REPORTE DIARIO DE EGRESOS HOSPITALARIOS

SERVICIO:

HOSPITAL DE ESPINAR

Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

los hospitalarios de pacientes, ocurrido el periodo de 24 horas que termina a las 12 de la noche del día :

Total Egresos

Total Estancias





Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas
HOSPITAL DE ESPINAR

EVOLUCIÓN DE ENFERMERIA

Ministerio de Salud
Gerencia Regional de Salud Cusco
U.E. 408 Hospital de Espinar

Anotar las variaciones importantes del proceso, asimismo algunas observaciones o comentarios trascendentales, deben estar debidamente firmadas por el profesional

NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	EDAD	SERVICIO	H. CL. N°	CAMA N°



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas
HOSPITAL DE ESPINAR

EVOLUCIÓN DE ENFERMERIA

Ministerio de Salud
Gerencia Regional de Salud Cusco
U.E. 408 Hospital de Espinar

Anotar las variaciones importantes del proceso, asimismo algunas observaciones o comentarios trascendentales, deben estar debidamente firmadas por el profesional

NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	EDAD	SERVICIO	H. CL. N°	CAMA N°

IV). IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Dx. Nosológico:.....

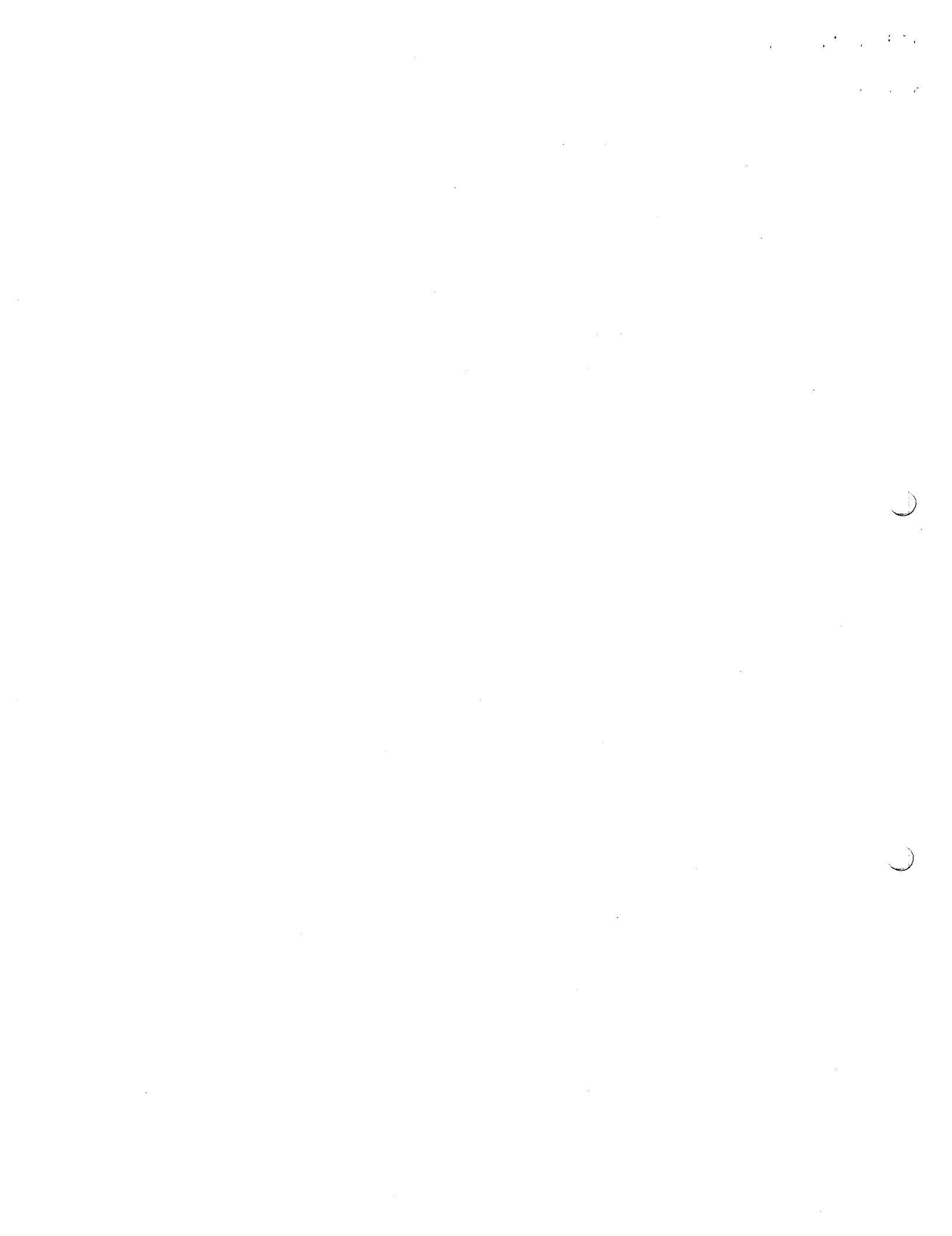
Dx. Nutricional:.....

V). EXÁMENES AUXILIARES SOLICITADOS:

VI). TRATAMIENTO:

Médico Asistente

NOMBRE:..... CAMA:..... H.C:.....



RESULTADOS DE LABORATORIO

PRIMER DÍA

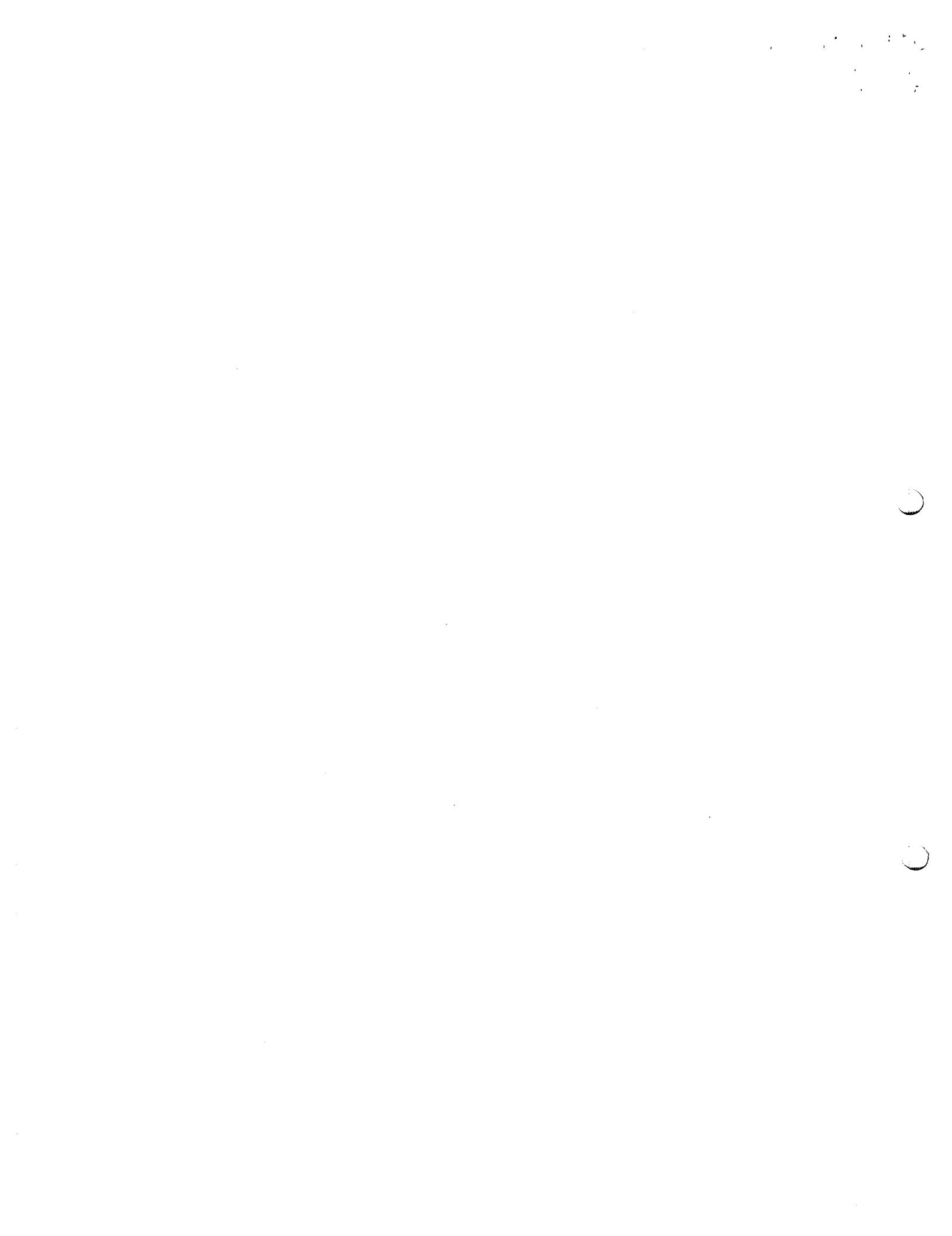
SEGUNDO DÍA

TERCER DÍA

CUARTO DÍA

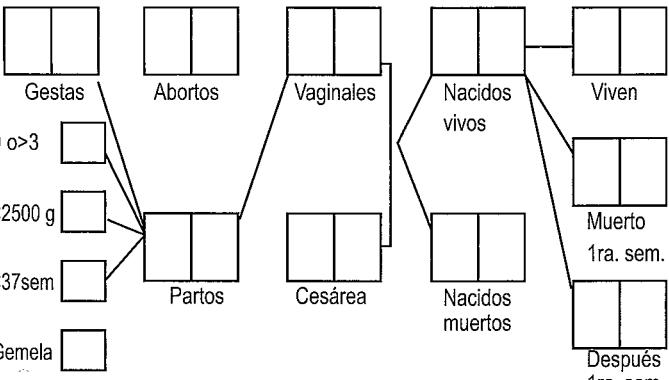
QUINTO DÍA

NOMBRES Y APELLIDOS	SERVICIO	H. CL. N°	CAMA N°



FICHA ÚNICA DE RECIÉN NACIDO SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E. 408 Hospital de Espinar

DATOS MATERNOS	DNI (Recién Nacido)	Nº HCL:
Nº Cel.: _____		
Nombres y Apellidos de la Madre:		Edad: <input type="text"/> Años
<div style="width: 33%;">Estado Civil</div> <div style="width: 33%;">Grado de Instrucción</div> <div style="width: 33%;">Ocupación</div>		
<div style="width: 33%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Conviviente </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Secundaria </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Superior </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Otros </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Obrera <input type="checkbox"/> Ambulante </div>		
<div style="width: 45%;">Procedencia</div> <div style="width: 45%;">Fecha y Hora de Ingreso gestante al servicio de gineco-obstetricia y/o Sala de Partos</div>		
Provincia : _____		Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____
Distrito : _____		Apellidos y Nombres del Padre: _____
Dirección Actual : Barrio: _____ Calle: _____		EDAD: _____
ANTECEDENTES OBSTETRICOS		
FÓRMULA GESTACIONAL		
 <p>Diagrama que muestra la relación entre Gestas (2 cuadros), Abortos (2 cuadros), Vaginales (2 cuadros), Cesárea (2 cuadros), Partos (2 cuadros), Nacidos vivos (2 cuadros), Nacidos muertos (2 cuadros), Muerto 1ra. sem. (2 cuadros), Viven (2 cuadros) y Despues 1ra. sem. (2 cuadros).</p>		
<div style="width: 45%;">Control</div> <div style="width: 45%;">Vacuna Antitetánica</div>		
<div style="width: 45%;">SI <input type="checkbox"/> Nº Controles _____ NO <input type="checkbox"/> (.....)</div> <div style="width: 45%;">SI NO Nº Dosis: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div>		
<div style="width: 45%;">Donde se controló</div> <div style="width: 45%;">Tipo de Sangre Materna</div>		
<div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> Hospital de Espinar <input type="checkbox"/> Hospital Lorena <input type="checkbox"/> Hospital Regional <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Puesto de Salud <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: _____</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>Grupo <input type="checkbox"/> (O,A,B,AB) Rh <input type="checkbox"/> (+)(-)</p> </div>		
<div style="width: 45%;">Riesgo Obstétrico</div> <div style="width: 45%;">Antecedentes Familiares</div>		
<div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>Sin calificar <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>Ninguna <input type="checkbox"/> Generales <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> H.T.A. <input type="checkbox"/> Anomalía <input type="checkbox"/> Cong. Neopl. <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enf. Congen <input type="checkbox"/> Otros: _____</p> </div>		
<div style="width: 33%;">Patologías durante el embarazo</div> <div style="width: 33%;">Patologías durante el Parto</div> <div style="width: 33%;">Tipo Parto</div>		
<div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>SI <input type="checkbox"/> _____ NO <input type="checkbox"/> _____</p> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>SI <input type="checkbox"/> _____ NO <input type="checkbox"/> _____</p> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>Eutóxico <input type="checkbox"/> Distóxico <input type="checkbox"/></p> </div>		
<div style="width: 33%;">Presentación</div> <div style="width: 33%;">Inicio Trabajo Parto</div> <div style="width: 33%;">Maduración</div> <div style="width: 33%;">Membrana</div> <div style="width: 33%;">Tiempo de</div> <div style="width: 33%;">Recibió</div>		
<div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>Cefálico <input type="checkbox"/> Pélviana <input type="checkbox"/> Otros: _____</p> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>Espontáneo <input type="checkbox"/> Inducido <input type="checkbox"/> Conducido <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>Pulmonar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>al ingreso <input type="checkbox"/> Integras <input type="checkbox"/> Notas <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>Ruptura de <input type="checkbox"/> Membranas <input type="checkbox"/> Horas: _____</p> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>Tratamiento <input type="checkbox"/> por R.P.M. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> </div>		
Fecha y hora del llenado de la ficha: / / / am/pm		

DATOS DEL RECIÉN NACIDO:

Fecha de Nacimiento: _____ Hora: _____ a.m./p.m.

Nombres y apellidos del R.N.: _____

Tipo de Seguro: SIS N° _____ Otros: _____

Perímetro Cefálico _____ (cm)

Riesgo neonatal
Alto
Bajo

EDAD GESTACIONAL POR FUR: _____ Sem.

Contacto Precoz: (Si) (No)

Sexo

Masculino

Peso

_____ (g)

Femenino

Talla

_____ (cm)

Perímetro Torácico _____ (cm)

Perímetro Abdominal _____ (cm)

APGAR	1'	5'	10'
FºC			
Respiración			
Tono muscular			
Irritabilidad			
Cianosis			
TOTAL			

Reanimación

- SI
NO
VPP
VPP + masajes

Funciones Vitales:

Tº: _____ FC: _____
FR: _____ SPO₂: _____

Lactancia Materna

1ra. Hora de vida:
(Si) (No)
Lactancia Materna exclusiva
(Si) (No)

Información del Parto Extrahospitalario:

Terminación del Parto	Duración del Expulsivo
Exponráneo <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>
Cesárea: <input type="checkbox"/>	Prolongado <input type="checkbox"/>
Placenta: <input type="checkbox"/>	Precipitado <input type="checkbox"/>

Líquido amniótico

- Claro
Verdoso
Puré de Arvejas

Tipo de Parto:

Repcionado por:

Dr.(a): _____

Lic. Enf.: _____

Tipo de anestesia

Raquidea Epidural General

Motivo de Cesárea

Tipo de Sangre del R.N.

Grupo: _____
R.H. _____

DIAGNÓSTICO DEL RECIÉN NACIDO

Edad Gestacional por Capurro: _____ semanas
Dx del Recién Nacido

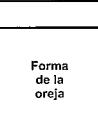
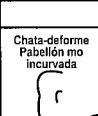
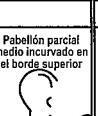
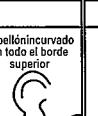
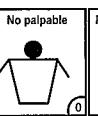
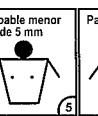
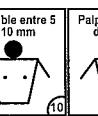
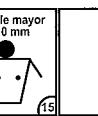
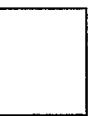
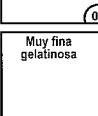
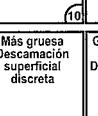
RNT. AEG RNPG. AEG RNPosT. AEG
RNT. PEG RNPG. PEG RNPosT. PEG
RNT. GEG RNPT. GEG RNPosT. GEG

Destino Inmediato

Alojamiento conjunto:
Emergencia:
Hospitalización:
Referido:
Otros:

IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

CAPURRO

Forma de la oreja	Chata-deforme Pabellón moñudo incurvado	Pabellón parcialmente incurvado en el borde superior	Pabellón incurvado en todo el borde superior	Pabellón totalmente incurvado	PUNTUACIÓN
	 0	 6	 16	 24	
Tamaño de la glándula mamaria	No palpable  6	Palpable menor de 5 mm  5	Palpable entre 5 y 10 mm  10	Palpable mayor de 10 mm  15	
Formación del pezón	Apenas visible si areola •  0	Díámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata  5	Díámetro menor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde no levantado  10	Díámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde levantado  15	
Texture de la piel	Muy fina gelatinosa  0	Muy fina  5	Más gruesa Descamación superficial discreta  10	Gruesa. Grietas superficiales. Descamación en manos y pies  15	
HUELLA MADRE					
Piegues plantares Surcos Líneas bien	 Sin pliegues	 Marcas mal delineadas 1/2 anterior	 Marcas bien delineadas en 1/2 anterior. Surcos en el 1/3 anterior	 Surcos en la 1/2 anterior	 Surcos en más de la 1/2 anterior

EXAMEN FÍSICO:

FECHA: / / HORA:

T° FC: FR: P.A: PESO: TALLA: PC

P/E: T/E: P/T: ASC:

1.- ASPECTO GENERAL:

Sensorio
Actividad y/o Creatividad al estímulo
Condición térmica
Estado de hidratación
D.R. (Sí) (No)
Estado Nutricional
Perfusión Tisular
Otros signos de alarma a contributorio
Estado general

2.- PIEL Y FANERAS:

3.-TCSC:

4.- SISTEMA LINFÁTICO:

5.- CABEZA: CRÁNEO:

OJOS:

NARIZ:

OREJA:

BOCA:

6.- CUELLO:

7.- TÓRAX Y PULMONES:

.....

.....

8.- APARATO CARDIOVASCULAR:

.....

.....

9.- ABDOMEN:

.....

.....

10.- GENITOURINARIO:

.....

.....

11.- LOCOMOTOR:

.....

.....

Patológicos: Eruptivas de la infancia No Si

Detallar:

Otros(Detallar):

Alergias: No Si Detallar:

B) FAMILIARES: Padre:

Madre:

Hermanos:

Otros (Detallar lo Positivo):

C) EPIDEMIOLÓGICOS:

Contacto TBC: No Si Detallar

Atopias: No Si Detallar

Otros:

D) SOCIOECONÓMICOS:

Vivienda: Rústico: Material Noble:

Servicios Básicos: Si No Detallar

Nro. Habitaciones: Nro, Habitantes: Ventilación

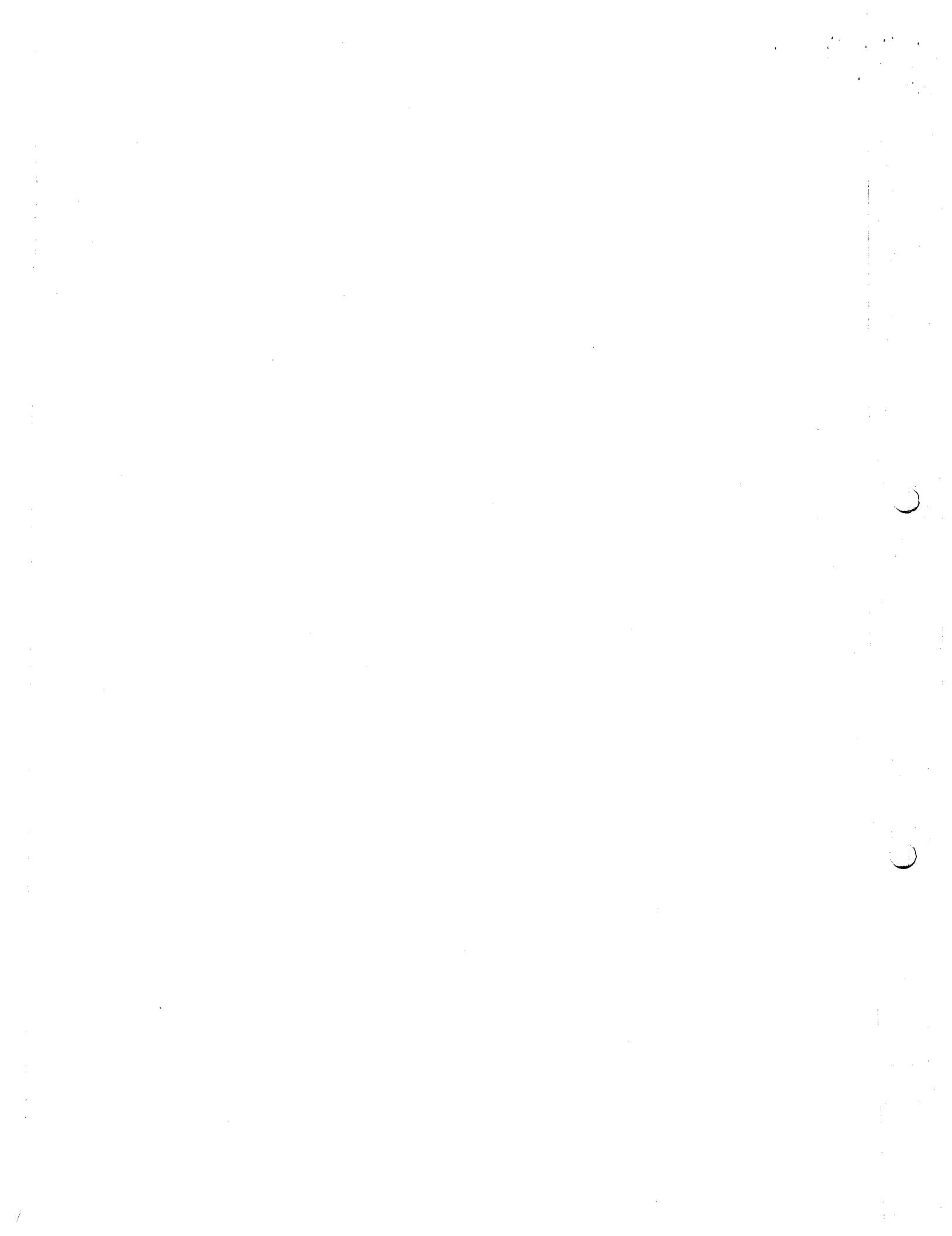
Animales Domésticos:

Alimentación Familiar: Adecuado Inadecuado Detallar:

Ingreso Familiar Mensual:

NOMBRE: CAMA: H.C.:





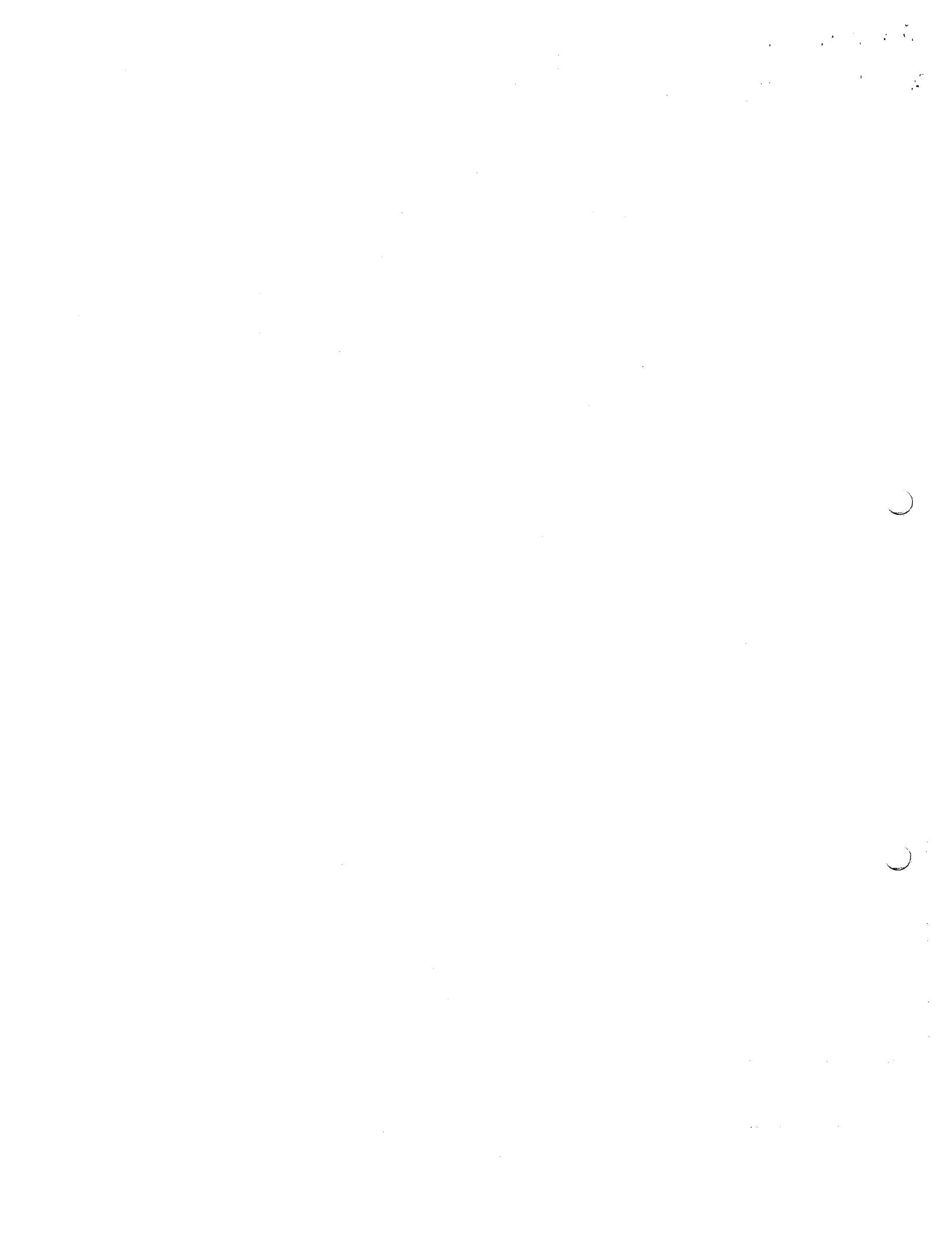


Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas
HOSPITAL ESPINAR

**Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR**

EPICRISIS

APELLIDOS Y NOMBRES:.....		SEXO (M) (F)
FECHA DE NACIMIENTO:.....		EDAD:.....
PROCEDENCIA: _____	DEPARTAMENTO	PROVINCIA
DISTRITO		
ADMITIDO POR: C. EXT. () EMERG. () REF. ()		
FECHA DE INGRESO...../...../.....	FECHA DE EGRESO...../...../.....	
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN:..... DÍAS		
ANAMNESIS:.....		
VACUNAS AL DÍA: SI () NO () PATOLÓGICOS		
EXAMEN CLÍNICO: FR:..... PULSO:..... T°..... PA..... PESO..... TALLA.....		
DIAGNÓSTICO DEL INGRESO:.....		PROGRAMA
.....		NIÑO ()
.....		MUJER ()
.....		ADULTO ()
.....		OTRO ()
EXÁMENES AUXILIARES INTERCONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS:		
TRATAMIENTO: RESPUESTA BUENA () REGULAR () MALA ()		
COMPLETO ()		
INCOMPLETO ()		
DIAGNÓSTICO DE ALTA:		
TIPO DE ALTA: MÉDICA () VOLUNTARIO () FUGA () REFERENCIA ()		
CONDICIÓN: SANO () ALIVIADO () ESTACIONARIO () DESMEJORADO ()		
CONDICIÓN: ANTES DE LAS 24 HORAS () FECHA DE DEFUNCIÓN: DESPUÉS DE LAS 24 HORAS ()		
NECROPSIAS: SI () NO ()		
MÉDICO RESPONSABLE:.....		CMP:.....
FECHA:...../...../.....	FIRMA	





Ministerio de Salud
PERSONAS QUE ATENDEMOS PERSONAS
HOSPITAL ESPINAR
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

HISTORIA CLÍNICA NEONATOLÓGICA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA HOSPITAL ESPINAR

Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
UNIDAD EJECUTORA 408
Hospital Espinar

HC

NOMBRE: RN _____

EDAD POST NATAL (Hora o Día) **SEXO:**

FECHA Y HORA DE NACIMIENTO: LUGAR:

PROCEDENCIA: Sala de Partos: Puerperio:

SOP: **Consultorio Externo:**

SOP:

Puerperio:

SOP:

Consultorio Externo:

SOP:

Consultorio Externo:

REFERIDO **NO** **SI** **Detallar:** _____

FECHA DE INGRESO: **HORA:**

MOTIVO DE INGRESO:

ANTECEDENTES PERINATALES:

MATERNOS:

Nombre: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____ G.I: _____

Hospitalizado: No Si Detallar _____

C.P.N: Si Adecuado
Inadecuado No

Antecedentes Patológicos de Importancia: **No** **Si** **Detallar:** _____

Complicaciones en Embarazos anteriores: **No** **Si** **Detallar:**

Intercurrencias en embarazo actual: No Si Detallar: _____

G.S. **V.D.R.L.** **V.L.H.**

Medicación Recibida:

NEONATALES: _____Parto: Eutócico: Distócico: Detallar: _____Líquido Amniótico: Normal: Anormal: Detallar: _____RPM: No Si Detallar: _____Cordón: Normal: Anormal Detallar: _____

Edad Gestacional: FUR: _____ Capurro: _____ Dubowitz: _____

Termino: Pretérmino Postérmino

Peso: _____ Tallar: _____ P.C. _____ P.T. _____ APGAR: _____

P/E: A.E.G. P.E.G. G.R.G. Bajo Peso M.B.P. E.B.P. Micronato Macrosómico Complicaciones No Si Detallar: _____Reanimación Neonatal No Si Detallar: _____Vitamina K. Si No Credé: Si No Inmunización: Si No **EXAMEN FÍSICO:**

T°: _____ F.C.: _____ F.R. _____ P.A. _____ Sat Oxig. _____

Peso: _____ Talla _____ P.C. _____ P.T. _____ P. Abd: _____

Orina: Si No Meconio: Si No

Silverman: _____ Downes: _____

ASPECTO GENERAL: _____PIEL _____TCSC _____LINFÁTICOS _____CRANEO _____FONTANELAS _____OJOS _____NARIZ _____OREJA _____BOCA _____



**HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA
SERVICIO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL ESPINAR**

HC.....

SIS: COMÚN

I.- FILIACIÓN:

Apellidos y Nombres:.....

Edad:..... Sexo:..... Raza:.....

Fecha de Nacimiento:..... Lugar de Nacimiento:.....

Procedencia: Departamento:..... Provincia:..... Distrito:..... Anexo:.....

Domicilio:..... Teléfono:.....

Grado de Instrucción:..... Centro Educativo:.....

Referido: N| Si Establecimiento de Referencia:.....

Fecha de Ingreso al Hospital:..... Hora:..... Por Emergencia

Consultorio

Fecha de Ingreso a Piso:..... Hora:.....

Familiar Responsable:..... Parentesco:.....

II. ENFERMEDAD ACTUAL:

Tiempo de Enfermedad:..... Síntomas y Signos Principales:.....

.....

Forma de Inicio:.....

.....

Curso:.....

.....

Relato Cronológico:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito:..... Sed:..... Sueño:.....

Orina:..... Deposiciones:.....

Medicación Recibida:.....

III. ANTECEDENTES:

A.- PERSONALES:

Prenatales: Gestación Nro. CPN Si No

Complicaciones: No Si Detallar:.....

Natales: Parto: Eutóxico Distóxico Detallar:.....

Complicaciones: No Si Detallar:.....

Peso:..... Talla:..... P.C:..... APGAR:.....

Hospitalización: No Si Detallar:.....

Postnatales:

Fisiológicas:-Lactancia: - L.M. Exclusive:.....

 - Mixta:.....

 - Artificial:.....

 - Ablactancia:.....

 - Dieta Actual:.....

 - Inmunizaciones: - BCG. Si No

 - Antipolio 1,2,3

 - DPT: 1,2, 3

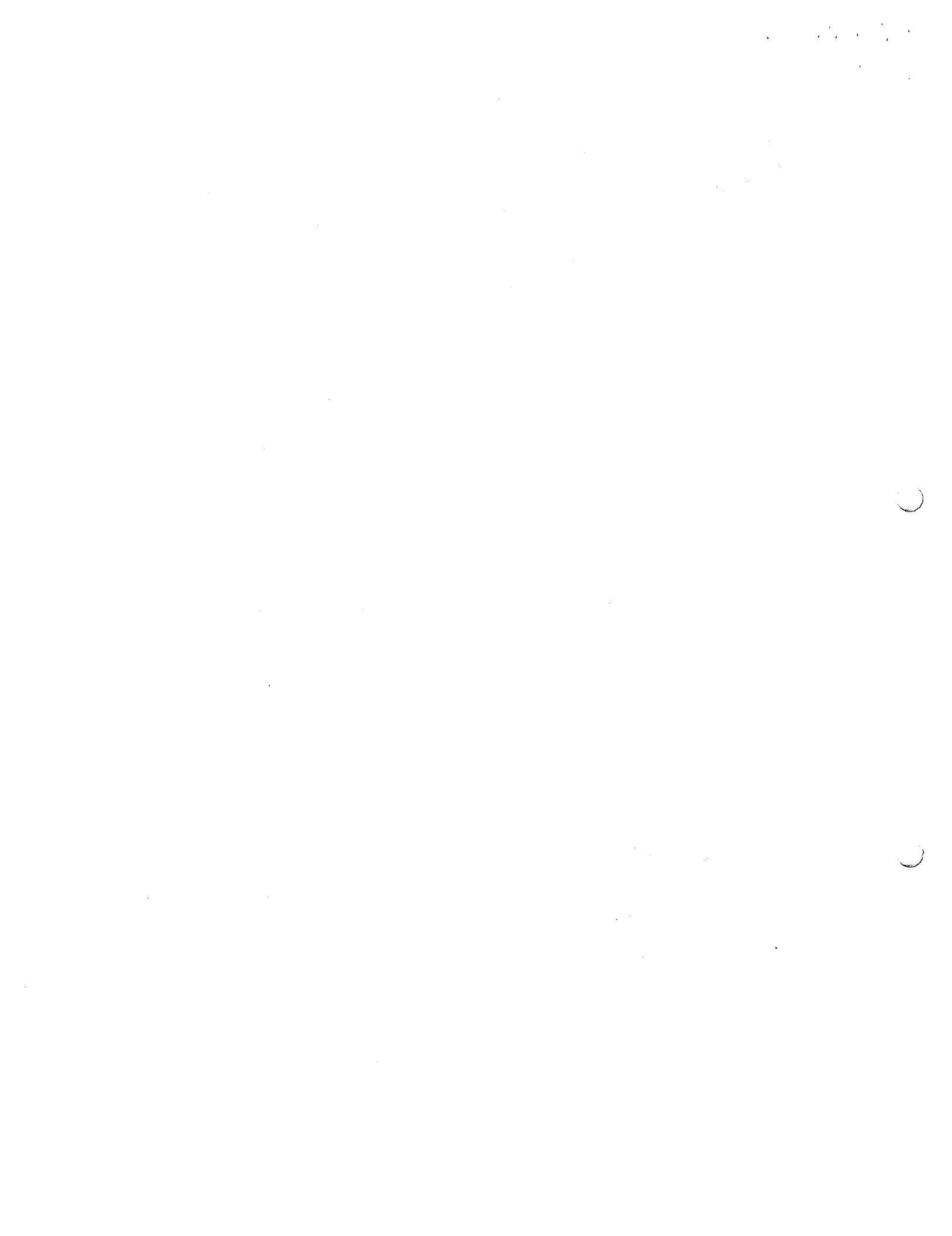
 - Antisarampionosa: Si No

 - Hepatitis B: 1,2, 3

 - Otros (Detallar).....

HOJA DE MONITOREO

Nro.	FECHA / HORA	P.A.	(P)	T	R	SPO	OBSERVACIONES
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							





Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas
HOSPITAL DE ESPINAR

**KÁRDEX DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN**

Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E.408 Hospital de Espinar

SISTEMA DE REGISTRO DE ENFERMERÍA													
SERVICIO: _____ SIS: _____													
Nombres y Apellidos: _____													
Diagnóstico Médico: _____ CIE 10: _____													
Diagnóstico de Enfermería: _____													
Fecha de Ingreso: _____						Hora de Ingreso: _____							
Nº Cama: _____						Edad: _____		Peso: _____		Talla: _____			
MEDICACIÓN Y TRATAMIENTO		H. CLÍNICA:				ALERGIAS				GRADO DE DEPENDENCIA:			
		Fecha: _____		Dieta: _____		M T N M M T N M M T N M M T N M M T N M M T N M M T N M		M T N M M T N M M T N M M T N M M T N M M T N M M T N M		M T N M M T N M M T N M M T N M M T N M M T N M M T N M			
INTERCONSULTAS													
INTERVENCIONES QUIRURGICAS		HORA											
		ENTRADA											
		SALIDA											
EXÁMENES AUXILIARES													
CUIDADOS DE ENFERMERÍA:													
CURACIÓN													

W. H. H.

100014

EVOLUCIÓN MEDICA Y TRATAMIENTO

Fecha:..... Hora:..... Motivo de Evaluación: Visita Reevaluación
Edad:..... Tiempo de Hospitalización:.....

Reporte de Enfermería:.....
.....

EXAMEN FÍSICO: T°:..... F.C.:..... F.R.:..... P. Abd.:..... Sat. O2:.....
Silverman:..... Downes:.....

Peso:.....
ΔPP:.....
ΔPT:.....
D :.....
Ø u:.....
H :.....
Ø f:.....
B.H.:.....

Diagnósticos Actuales:

Problemas:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Comentario y Plan:.....
.....
.....
.....

TRATAMIENTO

Hora:.....

Vol/k/d.

kcal/k/d.

VIG:

Evpp: _____
.....
.....
.....
.....

Firma:.....

EVOLUCIÓN MEDICA Y TRATAMIENTO

Fecha:..... Hora:..... Motivo de Evaluación:..... Visita Reevaluación
Edad:..... Tiempo de Hospitalización:.....

Reporte de Enfermería:.....
.....

EXAMEN FÍSICO: T°:..... F.C.:..... F.R.:..... P. Abd.:..... Sat. O2:.....

Silverman:..... Downes:.....

Peso:.....

ΔPP:.....

ΔPT:.....

D:.....

Ø u:.....

H:.....

Ø f:.....

B.H.:.....

Diagnósticos Actuales:

Problemas:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Comentario y Plan:.....
.....
.....
.....

TRATAMIENTO

Horas:.....

Vol/k/d.

.....

kcal/k/d.

.....

VIG:

.....

Evpp: _____

.....

.....
.....
.....
.....
.....

Firma:.....

EVOLUCIÓN MEDICA Y TRATAMIENTO

Fecha: Hora: Motivo de Evaluación: Visita Reevaluación
Edad: Tiempo de Hospitalización:

Reporte de Enfermería:

EXAMEN FÍSICO: T°: F.C: F.R: P.Abd.: Sat. O2:
Silverman: Downes:

Peso:
ΔPP:
ΔPT:
D :
Ø u :
H :
Ø f :
B.H:

Diagnósticos Actuales:

Problemas:

Comentario y Plan:

TRATAMIENTO

Hora:

Vol/k/d.

Kcal/k/d.

VIG:

Evpp:

Firma

EVOLUCIÓN MEDICA Y TRATAMIENTO

Fecha: Hora: Motivo de Evaluación: Visita Reevaluación
Edad: Tiempo de Hospitalización:

Reporte de Enfermería:

EXAMEN FÍSICO: Tº: F.C: F.R: P.Abd.: Sat. O2:
Silverman: Downes:

Peso:
ΔPP:
ΔPT:
D :
Ø u :
H :
Ø f :
B.H:

Diagnósticos Actuales:

Problemas:

Comentario y Plan:

TRATAMIENTO

Hora:

Vol/k/d.

Kcal/k/d.

VIG:

Evpp: _____

Firma:



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas
HOSPITAL ESPINAR

Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

HOJA DE DATOS

SERVICIO DE NEONATOLOGIA

Nombres y Apellidos del R.N. _____ **Nº HCL:** _____

Nombres y Apellidos de la Madre:

Domicilio: _____ **Distrito:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Hora: _____ / _____ M F

Peso: _____ gr. Talla: _____ cm. PC: _____ cm. EG: _____ semanas

Parto Eutóxico Cesária APGAR: 1 min 5 min 10min

Corte de cordón: Tardío: SI NO Contacto PIEL a PIEL: SI NO Tiempo: _____ min

Lactancia Materna en la primera hora: SI NO

Grupo sanguíneo RN: Vacunas: BCG / / Hepatitis B: / /

Peso de egreso: _____ Fecha de alta: _____ / _____ / _____

1er control CRED: _____ N° Controles Pre-natales: _____

TAMIZAJE NTONDAI 2 _____

SU BEBE DEBE RECIBIR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

SU BEBE DEBE RECIBIR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

INDICACIONES

- Lactancia materna exclusiva a libre demanda
 - Dar de lactar día y noche

Ponerlo de costadito mientras duerme y después de lactar

- No dar agujitas ni mates
 - No usar biberones ni chupones
 - Bañas al bebe por lo menos dos veces por semana
 - Limpie el cordón umbilical en su base con alcohol puro, UTILIZARLO 5 DÍAS

SIGNOS DE ALARMA

- Duerme más de lo normal
 - Si su piel está muy caliente o muy fría
 - Si su piel se pone amarilla
 - No quiere mamar
 - Presenta vómitos

FIRMA - - - -
NOMBRE Y APELLIDO:





Ministerio de Salud
Por todo lo que demandas personas
HOSPITAL ESPINAR

INFORME DE ALTA

Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

El Medico del servicio de de la U.E. 408. Hospital Espinar, informa que con, fecha ingreso al servicio el paciente de sexo edad con diagnóstico de

DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN:

EVOLUCIÓN

COMPLICACIONES

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:

DIAGNÓSTICO (S) DE EGRESO:

SITUACIÓN DEL ALTA:

Aliviado Mejorado Curado

INDICACIONES:

Cita de Consulta Externa para o (os) servicio(s) de

