

BASES ESTÁNDAR DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EN GENERAL

Aprobado mediante Directiva N°001-2019-OSCE/CD



SUB DIRECCIÓN DE NORMATIVIDAD – DIRECCIÓN TÉCNICO NORMATIVA
ORGANISMO SUPERVISOR DE LAS CONTRATACIONES DEL ESTADO - OSCE

SIMBOLOGÍA UTILIZADA:

N°	Símbolo	Descripción
1	[ABC] / [.....]	La información solicitada dentro de los corchetes sombreados debe ser completada por la Entidad durante la elaboración de las bases.
2	[ABC] / [.....]	Es una indicación, o información que deberá ser completada por la Entidad con posterioridad al otorgamiento de la buena pro para el caso específico de la elaboración de la PROFORMA DEL CONTRATO; o por los proveedores, en el caso de los ANEXOS de la oferta.
3	Importante • Abc	Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y por los proveedores.
4	Advertencia • Abc	Se refiere a advertencias a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y por los proveedores.
5	Importante para la Entidad • Xyz	Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y deben ser eliminadas una vez culminada la elaboración de las bases.

CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:

Las bases estándar deben ser elaboradas en formato WORD, y deben tener las siguientes características:

N°	Características	Parámetros
1	Márgenes	Superior : 2.5 cm Inferior: 2.5 cm Izquierda: 2.5 cm Derecha: 2.5 cm
2	Fuente	Arial
3	Estilo de Fuente	Normal: Para el contenido en general Cursiva: Para el encabezado y pie de página Para las Consideraciones importantes (Ítem 3 del cuadro anterior)
4	Color de Fuente	Automático: Para el contenido en general Azul : Para las Consideraciones importantes (Ítem 3 del cuadro anterior)
5	Tamaño de Letra	16 : Para las dos primeras hojas de las Secciones General y Específica 11 : Para el nombre de los Capítulos. 10 : Para el cuerpo del documento en general 9 : Para el encabezado y pie de página Para el contenido de los cuadros, pudiendo variar, según la necesidad 8 : Para las Notas al pie
6	Alineación	Justificada: Para el contenido en general y notas al pie. Centrada : Para la primera página, los títulos de las Secciones y nombres de los Capítulos)
7	Interlineado	Sencillo
8	Espaciado	Anterior : 0 Posterior : 0
9	Subrayado	Para los nombres de las Secciones y para resaltar o hacer hincapié en algún concepto

INSTRUCCIONES DE USO:

- Una vez registrada la información solicitada dentro de los corchetes sombreados en gris, el texto deberá quedar en letra tamaño 10, con estilo normal, sin formato de negrita y sin sombrear.
- La nota **IMPORTANTE** no puede ser modificada ni eliminada en la Sección General. En el caso de la Sección Específica debe seguirse la instrucción que se indica en dicha nota.

Elaboradas en enero de 2019

Modificadas en marzo, junio y diciembre de 2019, julio 2020, julio y diciembre 2021, junio y octubre de 2022

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE



Bases Integradas

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°
009-2023-RSSCN-CUSCO**

PRIMERA CONVOCATORIA

**CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE
IMPRESIÓN DE DIFERENTES FORMATOS DE HISTORIA
CLÍNICA PARA BRINDAR ATENCIÓN EN IPRESS DE LA
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE.**

Cusco, agosto del 2023

DEBER DE COLABORACIÓN

La Entidad y todo proveedor que se someta a las presentes Bases, sea como participante, postor y/o contratista, deben conducir su actuación conforme a los principios previstos en la Ley de Contrataciones del Estado.

En este contexto, se encuentran obligados a prestar su colaboración al OSCE y a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI, en todo momento según corresponda a sus competencias, a fin de comunicar presuntos casos de fraude, colusión y corrupción por parte de los funcionarios y servidores de la Entidad, así como los proveedores y demás actores que participan en el proceso de contratación.

De igual forma, deben poner en conocimiento del OSCE y a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI los indicios de conductas anticompetitivas que se presenten durante el proceso de contratación, en los términos del Decreto Legislativo N° 1034, "Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas", o norma que la sustituya, así como las demás normas de la materia.

La Entidad y todo proveedor que se someta a las presentes Bases, sea como participante, postor y/o contratista del proceso de contratación deben permitir al OSCE o a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI el acceso a la información referida a las contrataciones del Estado que sea requerida, prestar testimonio o absolución de posiciones que se requieran, entre otras formas de colaboración.

SECCIÓN GENERAL

DISPOSICIONES COMUNES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

(ESTA SECCIÓN NO DEBE SER MODIFICADA EN NINGÚN EXTREMO, BAJO SANCIÓN DE NULIDAD)

CAPÍTULO I ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

1.1. REFERENCIAS

Cuando en el presente documento se mencione la palabra Ley, se entiende que se está haciendo referencia a la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, y cuando se mencione la palabra Reglamento, se entiende que se está haciendo referencia al Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado aprobado por Decreto Supremo N° 344-2018-EF.

Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

1.2. CONVOCATORIA

Se realiza a través de su publicación en el SEACE de conformidad con lo señalado en el artículo 54 del Reglamento, en la fecha señalada en el calendario del procedimiento de selección, debiendo adjuntar las bases y resumen ejecutivo.

1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

El registro de participantes se realiza conforme al artículo 55 del Reglamento. En el caso de un consorcio, basta que se registre uno (1) de sus integrantes.

Importante

- *Para registrarse como participante en un procedimiento de selección convocado por las Entidades del Estado Peruano, es necesario que los proveedores cuenten con inscripción vigente y estar habilitados ante el Registro Nacional de Proveedores (RNP) que administra el Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (OSCE). Para obtener mayor información, se puede ingresar a la siguiente dirección electrónica: www.rnp.gob.pe.*
- *Los proveedores que deseen registrar su participación deben ingresar al SEACE utilizando su Certificado SEACE (usuario y contraseña). Asimismo, deben observar las instrucciones señaladas en el documento de orientación "Guía para el registro de participantes electrónico" publicado en <https://www2.seace.gob.pe/>.*
- *En caso los proveedores no cuenten con inscripción vigente en el RNP y/o se encuentren inhabilitados o suspendidos para ser participantes, postores y/o contratistas, el SEACE restringirá su registro, quedando a potestad de estos intentar nuevamente registrar su participación en el procedimiento de selección en cualquier otro momento, dentro del plazo establecido para dicha etapa, siempre que haya obtenido la vigencia de su inscripción o quedado sin efecto la sanción que le impuso el Tribunal de Contrataciones del Estado.*

1.4. FORMULACIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES A LAS BASES

La formulación de consultas y observaciones a las bases se efectúa de conformidad con lo establecido en los numerales 72.1 y 72.2 del artículo 72 del Reglamento, así como el literal a) del artículo 89 del Reglamento.

Importante

No pueden formularse consultas ni observaciones respecto del contenido de una ficha de homologación aprobada. Las consultas y observaciones que se formulen sobre el particular, se tienen como no presentadas.

1.5. ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS, OBSERVACIONES E INTEGRACIÓN DE BASES

La absolución de consultas, observaciones e integración de las bases se realizan conforme a las disposiciones previstas en el numeral 72.4 del artículo 72 del Reglamento y el literal a) del artículo 89 del Reglamento.

Importante

- *No se absolverán consultas y observaciones a las bases que se presenten en forma física.*
- *Cuando exista divergencia entre lo indicado en el pliego de absolución de consultas y observaciones y la integración de bases, prevalece lo absuelto en el referido pliego; sin perjuicio, del deslinde de responsabilidades correspondiente.*

1.6. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

Las ofertas se presentan conforme lo establecido en el artículo 59 y en el artículo 90 del Reglamento.

Las declaraciones juradas, formatos o formularios previstos en las bases que conforman la oferta deben estar debidamente firmados por el postor (firma manuscrita o digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales¹). Los demás documentos deben ser visados por el postor. En el caso de persona jurídica, por su representante legal, apoderado o mandatario designado para dicho fin y, en el caso de persona natural, por este o su apoderado. No se acepta el pegado de la imagen de una firma o visto. Las ofertas se presentan foliadas.

Importante

- *Los formularios electrónicos que se encuentran en el SEACE y que los proveedores deben llenar para presentar sus ofertas, tienen carácter de declaración jurada.*
- *En caso la información contenida en los documentos escaneados que conforman la oferta no coincida con lo declarado a través del SEACE, prevalece la información declarada en los documentos escaneados.*
- *No se tomarán en cuenta las ofertas que se presenten en físico a la Entidad.*

1.7. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

El participante presentará su oferta de manera electrónica a través del SEACE, desde las 00:01 horas hasta las 23:59 horas del día establecido para el efecto en el cronograma del procedimiento; adjuntando el archivo digitalizado que contenga los documentos que conforman la oferta de acuerdo a lo requerido en las bases.

¹ Para mayor información sobre la normativa de firmas y certificados digitales ingresar a: <https://www.indecopi.gob.pe/web/firmas-digitales/firmar-y-certificados-digitales>

El participante debe verificar antes de su envío, bajo su responsabilidad, que el archivo pueda ser descargado y su contenido sea legible.

Importante

Los integrantes de un consorcio no pueden presentar ofertas individuales ni conformar más de un consorcio en un procedimiento de selección, o en un determinado ítem cuando se trate de procedimientos de selección según relación de ítems.

En la apertura electrónica de la oferta, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, verifica la presentación de lo exigido en la sección específica de las bases de conformidad con el numeral 73.2 del artículo 73 del Reglamento y determina si las ofertas responden a las características y/o requisitos y condiciones de los Términos de Referencia, detallados en la sección específica de las bases. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.

1.8. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

La evaluación de las ofertas se realiza conforme a lo establecido en el numeral 74.1 y el literal a) del numeral 74.2 del artículo 74 del Reglamento.

En el supuesto de que dos (2) o más ofertas empaten, la determinación del orden de prelación de las ofertas empatadas se efectúa siguiendo estrictamente el orden establecido en el numeral 91.1 del artículo 91 del Reglamento.

El desempate mediante sorteo se realiza de manera electrónica a través del SEACE.

Importante

En el caso de contratación de servicios en general que se presten fuera de la provincia de Lima y Callao, cuyo valor estimado no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), a solicitud del postor se asigna una bonificación equivalente al diez por ciento (10%) sobre el puntaje total obtenido por los postores con domicilio en la provincia donde prestará el servicio, o en las provincias colindantes, sean o no pertenecientes al mismo departamento o región. El domicilio es el consignado en la constancia de inscripción ante el RNP². Lo mismo aplica en el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando algún ítem no supera el monto señalado anteriormente.

1.9. CALIFICACIÓN DE OFERTAS

La calificación de las ofertas se realiza conforme a lo establecido en los numerales 75.1 y 75.2 del artículo 75 del Reglamento.

1.10. SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS

La subsanación de las ofertas se sujeta a lo establecido en el artículo 60 del Reglamento. El plazo que se otorgue para la subsanación no puede ser inferior a un (1) día hábil

La solicitud de subsanación se realiza de manera electrónica a través del SEACE y será remitida al correo electrónico consignado por el postor al momento de realizar su inscripción en el RNP, siendo su responsabilidad el permanente seguimiento de las notificaciones a dicho

² La constancia de inscripción electrónica se visualizará en el portal web del Registro Nacional de Proveedores: www.rnp.gob.pe

correo. La notificación de la solicitud se entiende efectuada el día de su envío al correo electrónico.

La presentación de las subsanaciones se realiza a través del SEACE. No se tomará en cuenta la subsanación que se presente en físico a la Entidad.

1.11. RECHAZO DE LAS OFERTAS

Previo al otorgamiento de la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, revisa las ofertas económicas que cumplen los requisitos de calificación, de conformidad con lo establecido para el rechazo de ofertas, previsto en el artículo 68 del Reglamento, de ser el caso.

De rechazarse alguna de las ofertas calificadas, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, revisa el cumplimiento de los requisitos de calificación de los postores que siguen en el orden de prelación, en caso las hubiere.

1.12. OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO

Definida la oferta ganadora, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, otorga la buena pro mediante su publicación en el SEACE, incluyendo el cuadro comparativo y las actas debidamente motivadas de los resultados de la admisión, no admisión, evaluación, calificación, descalificación, rechazo y el otorgamiento de la buena pro.

1.13. CONSENTIMIENTO DE LA BUENA PRO

Cuando se hayan presentado dos (2) o más ofertas, el consentimiento de la buena pro se produce a los cinco (5) días hábiles siguientes de la notificación de su otorgamiento, sin que los postores hayan ejercido el derecho de interponer el recurso de apelación.

En caso que se haya presentado una sola oferta, el consentimiento de la buena pro se produce el mismo día de la notificación de su otorgamiento.

El consentimiento del otorgamiento de la buena pro se publica en el SEACE al día hábil siguiente de producido.

Importante

Una vez consentido el otorgamiento de la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el órgano de la Entidad al que se haya asignado tal función realiza la verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro conforme lo establecido en el numeral 64.6 del artículo 64 del Reglamento.

CAPÍTULO II SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

2.1. RECURSO DE APELACIÓN

A través del recurso de apelación se pueden impugnar los actos dictados durante el desarrollo del procedimiento de selección hasta antes del perfeccionamiento del contrato.

El recurso de apelación se presenta ante la Entidad convocante, y es conocido y resuelto por su Titular, cuando el valor estimado sea igual o menor a cincuenta (50) UIT. Cuando el valor estimado sea mayor a dicho monto, el recurso de apelación se presenta ante y es resuelto por el Tribunal de Contrataciones del Estado.

En los procedimientos de selección según relación de ítems, el valor estimado total del procedimiento determina ante quién se presenta el recurso de apelación.

Los actos que declaren la nulidad de oficio, la cancelación del procedimiento de selección y otros actos emitidos por el Titular de la Entidad que afecten la continuidad de este, se impugnan ante el Tribunal de Contrataciones del Estado.

Importante

- *Una vez otorgada la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, está en la obligación de permitir el acceso de los participantes y postores al expediente de contratación, salvo la información calificada como secreta, confidencial o reservada por la normativa de la materia, a más tardar dentro del día siguiente de haberse solicitado por escrito.*

Luego de otorgada la buena pro no se da a conocer las ofertas cuyos requisitos de calificación no fueron analizados y revisados por el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda.

- *A efectos de recoger la información de su interés, los postores pueden valerse de distintos medios, tales como: (i) la lectura y/o toma de apuntes, (ii) la captura y almacenamiento de imágenes, e incluso (iii) pueden solicitar copia de la documentación obrante en el expediente, siendo que, en este último caso, la Entidad deberá entregar dicha documentación en el menor tiempo posible, previo pago por tal concepto.*
- *El recurso de apelación se presenta ante la Mesa de Partes del Tribunal o ante las oficinas desconcentradas del OSCE, o en la Unidad de Trámite Documentario de la Entidad, según corresponda.*

2.2. PLAZOS DE INTERPOSICIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

La apelación contra el otorgamiento de la buena pro o contra los actos dictados con anterioridad a ella se interpone dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haberse notificado el otorgamiento de la buena pro.

La apelación contra los actos dictados con posterioridad al otorgamiento de la buena pro, contra la declaración de nulidad, cancelación y declaratoria de desierto del procedimiento, se interpone dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haberse tomado conocimiento del acto que se desea impugnar.

CAPÍTULO III DEL CONTRATO

3.1. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

Los plazos y el procedimiento para perfeccionar el contrato se realiza conforme a lo indicado en el artículo 141 del Reglamento.

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene, salvo en los contratos cuyo monto del valor estimado no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en los que se puede perfeccionar con la recepción de la orden de servicios, conforme a lo previsto en la sección específica de las bases.

En el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, se puede perfeccionar el contrato con la suscripción del documento o con la recepción de una orden de servicios, cuando el valor estimado del ítem corresponda al parámetro establecido en el párrafo anterior.

Importante

El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, debe consignar en la sección específica de las bases la forma en que se perfeccionará el contrato, sea con la suscripción del contrato o la recepción de la orden de servicios. En caso la Entidad perfeccione el contrato con la recepción de la orden de servicios no debe incluir la proforma del contrato establecida en el Capítulo V de la sección específica de las bases.

Para perfeccionar el contrato, el postor ganador de la buena pro debe presentar los documentos señalados en el artículo 139 del Reglamento y los previstos en la sección específica de las bases.

3.2. GARANTÍAS

Las garantías que deben otorgar los postores y/o contratistas, según corresponda, son las de fiel cumplimiento del contrato y por los adelantos.

3.2.1. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

Como requisito indispensable para perfeccionar el contrato, el postor ganador debe entregar a la Entidad la garantía de fiel cumplimiento del mismo por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original. Esta se mantiene vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación a cargo del contratista.

3.2.2. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO POR PRESTACIONES ACCESORIAS

En las contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias, tales como mantenimiento, reparación o actividades afines, se otorga una garantía adicional por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato de la prestación accesorias, la misma que debe ser renovada periódicamente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

Importante

- *En los contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias. Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no superen el monto señalado anteriormente, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.*
- *En los contratos periódicos de prestación de servicios en general que celebren las Entidades con las micro y pequeñas empresas, estas últimas pueden otorgar como garantía de fiel cumplimiento el diez por ciento (10%) del monto del contrato, porcentaje que es retenido por la Entidad durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada en cada pago, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo, conforme lo establecen los numerales 149.4 y 149.5 del artículo 149 del Reglamento y el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento.*

3.2.3. GARANTÍA POR ADELANTO

En caso se haya previsto en la sección específica de las bases la entrega de adelantos, el contratista debe presentar una garantía emitida por idéntico monto conforme a lo estipulado en el artículo 153 del Reglamento.

3.3. REQUISITOS DE LAS GARANTÍAS

Las garantías que se presenten deben ser incondicionales, solidarias, irrevocables y de realización automática en el país, al solo requerimiento de la Entidad. Asimismo, deben ser emitidas por empresas que se encuentren bajo la supervisión directa de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y que cuenten con clasificación de riesgo B o superior. Asimismo, deben estar autorizadas para emitir garantías; o estar consideradas en la última lista de bancos extranjeros de primera categoría que periódicamente publica el Banco Central de Reserva del Perú.

Importante

Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro y/o contratista cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.

Advertencia

Los funcionarios de las Entidades no deben aceptar garantías emitidas bajo condiciones distintas a las establecidas en el presente numeral, debiendo tener en cuenta lo siguiente:

- 1. La clasificadora de riesgo que asigna la clasificación a la empresa que emite la garantía debe encontrarse listada en el portal web de la SBS (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/clasificadoras-de-riesgo>).*
- 2. Se debe identificar en la página web de la clasificadora de riesgo respectiva, cuál es la clasificación vigente de la empresa que emite la garantía, considerando la vigencia a la fecha de emisión de la garantía.*
- 3. Para fines de lo establecido en el artículo 148 del Reglamento, la clasificación de riesgo B, incluye las clasificaciones B+ y B.*

4. Si la empresa que otorga la garantía cuenta con más de una clasificación de riesgo emitida por distintas empresas listadas en el portal web de la SBS, bastará que en una de ellas cumpla con la clasificación mínima establecida en el Reglamento.

En caso exista alguna duda sobre la clasificación de riesgo asignada a la empresa emisora de la garantía, se deberá consultar a la clasificadora de riesgos respectiva.

De otro lado, además de cumplir con el requisito referido a la clasificación de riesgo, a efectos de verificar si la empresa emisora se encuentra autorizada por la SBS para emitir garantías, debe revisarse el portal web de dicha Entidad (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/relacion-de-empresas-que-se-encuentran-autorizadas-a-emitir-cartas-fianza>).

Los funcionarios competentes deben verificar la autenticidad de la garantía a través de los mecanismos establecidos (consulta web, teléfono u otros) por la empresa emisora.

3.4. EJECUCIÓN DE GARANTÍAS

La Entidad puede solicitar la ejecución de las garantías conforme a los supuestos contemplados en el artículo 155 del Reglamento.

3.5. ADELANTOS

La Entidad puede entregar adelantos directos al contratista, los que en ningún caso exceden en conjunto del treinta por ciento (30%) del monto del contrato original, siempre que ello haya sido previsto en la sección específica de las bases.

3.6. PENALIDADES

3.6.1. 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, de conformidad con el artículo 162 del Reglamento.

3.6.2. OTRAS PENALIDADES

La Entidad puede establecer penalidades distintas a la mencionada en el numeral precedente, según lo previsto en el artículo 163 del Reglamento y lo indicado en la sección específica de las bases.

Estos dos tipos de penalidades se calculan en forma independiente y pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

3.7. INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

Las causales para la resolución del contrato, serán aplicadas de conformidad con el artículo 36 de la Ley y 164 del Reglamento.

3.8. PAGOS

El pago se realiza después de ejecutada la respectiva prestación, pudiendo contemplarse pagos

a cuenta, según la forma establecida en la sección específica de las bases o en el contrato.

La Entidad paga las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

La conformidad se emite en un plazo máximo de siete (7) días de producida la recepción salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad del funcionario que debe emitir la conformidad.

En el caso que se haya suscrito contrato con un consorcio, el pago se realizará de acuerdo a lo que se indique en el contrato de consorcio.

Advertencia

En caso de retraso en los pagos a cuenta o pago final por parte de la Entidad, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, esta reconoce al contratista los intereses legales correspondientes, de conformidad con el artículo 39 de la Ley y 171 del Reglamento, debiendo repetir contra los responsables de la demora injustificada.

3.9. DISPOSICIONES FINALES

Todos los demás aspectos del presente procedimiento no contemplados en las bases se regirán supletoriamente por la Ley y su Reglamento, así como por las disposiciones legales vigentes.

SECCIÓN ESPECÍFICA

CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

(EN ESTA SECCIÓN LA ENTIDAD DEBERÁ COMPLETAR LA INFORMACIÓN EXIGIDA, DE ACUERDO A LAS INSTRUCCIONES INDICADAS)

CAPÍTULO I GENERALIDADES

1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : Red de Servicios de Salud Cusco Norte
 RUC N° : 20490215850
 Domicilio legal : Jr. 21 de mayo N° 128 Belenpampa – Santiago – Cusco
 Teléfono: : 084-237953
 Correo electrónico: : procesosrednorte@gmail.com

1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación del servicio de **Impresión de Diferentes Formatos de Historia Clínica**

(ITEM-PAQUETE)

N°	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	<p>JUEGO DE HISTORIA CLINICA DEL NIÑA , CONSTA DE 07 HOJAS PAPEL BOND A4 75 GRS IMPRESION ANVERSO Y REVERSO, DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:</p> <p>HOJA 1: HOJA DE FILIACION (ANVERSO), ficha de tamizaje (violencia de maltrato infantil) (REVERSO)COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 2: GRAFICA DE PESO PARA LA EDAD EN NIÑAS (ANVERSO), GRAFICA DE LONGITUD O PARA LA EDAD EN NIÑAS (REVERSO) A COLOR ROSADO</p> <p>HOJA 3: GRAFICA DE PESO PARA LA LONGITUD EN NIÑAS A COLOR ROSADO (ANVERSO) PERCENTILES SELECCIONADOS DE PERIMETRO CEFALICO PARA LA EDAD EN NIÑAS (ENCABEZADOS FONDO ROSADO REVERSO)</p> <p>HOJA 4: FORMATO DE EVALUACION EEDP (AMBAS CARAS) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 5: FORMATO DE EVALUACION TEPSE (AMBAS CARAS),COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 6: TEST DE EVALUACION DEL DESARROLLO TEST PERUANO (ANVERSO) EVALUACION DE LA ALIMENTACION DE LA NIÑA (REVERSO),COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 7: HOJA DE CONSULTA (AMBAS CARAS) ENGRAPADO EN ORDEN CORRELATIVO COLOR BLANCO Y NEGRO</p>	UNIDAD	20 000

	PRESENTACION EN BLOCK POR 100 JUEGOS		
2	<p>JUEGO DE HISTORIA CLINICA DEL NIÑO , CONSTA DE 07 HOJAS PAPEL BOND A4 75 GRS IMPRESION ANVERSO Y REVERSO, DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:</p> <p>HOJA 1: HOJA DE FILIACION (ANVERSO), ficha de tamizaje (violencia de maltrato infantil) (REVERSO),COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 2: GRAFICA DE PESO PARA LA EDAD EN NIÑOS (ANVERSO), GRAFICA DE LONGITUD O PARA LA EDAD EN NIÑOS (REVERSO) A COLOR CELESTE</p> <p>HOJA 3: GRAFICA DE PESO PARA LA LONGITUD EN NIÑOS A COLOR CELESTE (ANVERSO) PERCENTILES SELECCIONADOS DE PERIMETRO CEFALICO PARA LA EDAD EN NIÑOS (REVERSO)</p> <p>HOJA 4: FORMATO DE EVALUACION EEDP (AMBAS CARAS),COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 5: FORMATO DE EVALUACION TEPSEI (AMBAS CARAS),COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 6: TEST DE EVALUACION DEL DESARROLLO TEST PERUANO (ANVERSO) EVALUACION DE LA ALIMENTACION DEL NIÑO (REVERSO),COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 7: HOJA DE CONSULTA (AMBAS CARAS) EMPASTADO EN ORDEN CORRELATIVO</p> <p>PRESENTACION EN BLOCK POR 100 JUEGOS</p>	UNIDAD	20 000
3	<p>HOJA DE CONSULTA PARA LA HISTORIA CLINICA, ANVERSO Y REVERSO, PAPEL BOND DE 75 GR TAMAÑO A-4. DE COLOR BLANCO Y NEGRO,</p> <p>PRESENTACION EN HOJAS SUeltas AGRUPADOS EN MILLAR</p>	UNIDAD	100 000
4	<p>IMPRESIÓN HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL CON APLICACIONES A COLOR SEGÚN MODELO ADJUNTO, EN TAMAÑO A-4 DE 75 GRAMOS.</p> <p>HOJA 1: FORMATO DE HISTORIA CLINICA (AMBAS CARAS), PAPEL A4 2 HOJAS (ANVERSO Y REVERSO)</p> <p>HOJA 2: FORMATO PERINATAL EN CARTULINA (ANVERSO Y REVERSO)</p> <p>PRESENTACION EN BLOCK X 100</p>	UNIDAD	8 000
5	<p>IMPRESIÓN DE HISTORIA CLINICA DE ATENCION PRENATAL SERVICIO DE OBSTETRICIA ANVERSO Y REVERSO EN PAPEL BOND A4, DE 75 GRAMOS COLOR BANCO Y NEGRO SEGÚN MODELO ADJUNTO PRESENTACION EN BLOCK X 100</p>	UNIDAD	1,500
6	<p>IMPRESIÓN DE HISTORIA CLINICA DE ATENCION PRENATAL SERVICIO DE OBSTETRICIA ANVERSO Y REVERSO EN PAPEL BOND A4 DE 75 GRAMOS SEGÚN MODELO ADJUNTO PRESENTACION EN BLOCK 50 COLOR BLANCO Y NEGRO</p>	UNIDAD	3,000
7	<p>IMPRESIÓN DE FICHA DE PLAN DE PARTO EN PAPEL AUTOCOPIADO (POR 03 HOJAS) TAMAÑO A4 FULL COLOR DE ACUERDO A MODELO ADJUNTO (BLANCO, ROSADO Y AMARILLO)</p> <p>HOJA 1: FORMATO DE PLAN DE PARTO, PAPEL BOND A4 DE 60-1 DE GRAMAJE(BLANCO)</p> <p>HOJA 2: FORMATO DE PLAN DE PARTO, PAPEL BOND A4 DE 57-2 DE GRAMAJE(ROSADO)</p> <p>HOJA 3: FORMATO DE PLAN DE PARTO, PAPEL BOND A4 DE 57-3 DE GRAMAJE(AMARILLO),PRESENTACION EN BLOCK POR 50</p>	UNIDAD	1,000
8	<p>IMPRESIÓN DE FICHA DE INFORME DE ECOGRAFIA OBSTETRICA PAPEL AUTOCOPIABLE (POR 03 HOJAS) TAMAÑO A5. COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 1: FORMATO DE ECOGRAFO OBSTETRICO, PAPEL BOND A5 DE 60-1 DE GRAMAJE</p> <p>HOJA 2: FORMATO DE ECOGRAFO OBSTETRICO, PAPEL BOND A5 DE 57-2 DE GRAMAJE</p> <p>HOJA 3: FORMATO DE ECOGRAFO OBSTETRICO, PAPEL BOND A5 DE 57-3 DE GRAMAJE,PRESENTACION EN BLOCK POR 50</p>	UNIDAD	200
9	<p>IMPRESIÓN FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA ANVERSO Y REVERSO EN PAPEL BOND TAMAÑO A4 DE ACUERDO A MODELO ADJUNTO, A COLOR BLANCO Y NEGRO DE 75 GRAMOS, PRESENTACION EN BLOCK POR 50</p>	UNIDAD	200

10	IMPRESIÓN DE HISTORIA CLINICA DE EMERGENCIA, EVALUACION Y CONSULTA DE SEGUIMIENTO, ANVERSO Y REVERSO EN PAPEL BOND TAMAÑO A4 DE 75 GRAMOS A COLOR BLANCO Y NEGRO PRESENTACION BLOCK POR 50	UNIDAD	200
11	IMPRESIÓN DE HISTORIA CLINICA ATENCIÓN DE PARTO QUE CONSTA DE 12 HOJAS, DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PAPEL BOND A-4 DE 75 GRAMOS CON EL SIGUIENTE DETALLE: HOJA 1: HISTORIA CLINICA DE EMERGENCIA (ANVERSO) HOJA 2: MONITOREO DE FUNCIONES VITALES (ANVERSO) HOJA 3: HISTORIA CLINICA DE HOSPITALIZACION GINECO-OBSTETRICA (ANVERSO Y REVERSO) HOJA 4: PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO (ANVERSO) HOJA 5: ATENCIÓN DE PARTO (ANVERSO), PUERPERIO INMEDIATO (2 HORAS)(REVERSO) HOJA 6: TARJETA PERINATAL(ANVERSO Y REVERSO) HOJA 7: EVOLUCIÓN MEDICA EN ANVERSO Y REVERSO VA TERAPEUTICA MEDICA. HOJA 8: EVOLUCION OBSTETRICA ANVERSO Y REVERSO. HOJA 9: EVOLUCION OBSTETRICA ANVERSO Y REVERSO. HOJA 10: EVOLUCION OBSTETRICA ANVERSO Y REVERSO. HOJA 11: ANALISIS DE LABORATORIO - RESULTADOS ANVERSO HOJA 12: EPICRISIS ANVERSO ,EN PAPEL BOND A-4 ANVERSO, PRESENTACION EN BLOCK DE 100	UNIDAD	4,000
12	IMPRESIÓN FORMATO DE HOJA DE MONITOREO PAPEL BOND TAMAÑO A4 DE 75 GRAMOS, ACUERDO AL MODELO ADJUNTO A COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN BLOCK DE 100	UNIDAD	50
13	IMPRESION FORMATO DE HOJA "EVALUACION MEDICA" PAPEL BOND ANVERSO A4 DE 75 GRAMOS A COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN BLOCK DE 100	UNIDAD	1,000
14	IMPRESION FORMATO DE HOJA "TERAPEUTICA MEDICA" PAPEL BOND ANVERSO A4 DE 75 GRAMOS A COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN BLOCK DE 100	UNIDAD	1,000
15	IMPRESIÓN DE HISTORIA CLINICA DE RECIEN NACIDO QUE CONSTA DE 08 HOJAS ,PAPEL BOND A-4 DE 75 GRAMOS CON EL SIGUIENTE DETALLE: HOJA 1: FICHA UNICA DEL RECIEN NACIDO SERVICIO DE NEONATOLOGIA, EN ANVERSO Y REVERSO VA DATOS DEL RECIEN NACIDO, COLOR BLANCO Y NEGRO HOJA 2: MONITOREO DE FUNCIONES VITALES,COLOR BLANCO Y NEGRO HOJA 3: EXAMEN FISICO EN ANVERSO , EVOLUCION EN ALOJAMIENTO CONJUNTO REVERSO COLOR BLANCO Y NEGRO HOJA 4: EVOLUCION MEDICA ANVERSO ,TERAPEUTICA MEDICA REVERSO ,COLOR BLANCO Y NEGRO HOJA 5: NOTAS DE ENFERMERIA ANVERSO Y REVERSO, COLOR BLANCO Y NEGRO HOJA 6: ANALISIS DE LABORATORIO RESULTADOS, ANVERSO A COLOR BLANCO Y NEGRO HOJA 7: EPICRISIS, ANVERSO A COLOR BLANCO Y NEGRO HOJA 8: LACTANCIA MATERNA (ESCALA LATCH), ANVERSO A COLOR BLANCO Y NEGRO PRESENTACION ENGRAMPADO EN ORDEN, EN PAPEL BOND A4, DE ACUERDO A MODELO ADJUNTO.	UNIDAD	4,000.00
16	IMPRESIÓN DE FORMATO DE SEGUIMIENTO DE GESTANTES ALOJADAS EN CASA MATERNA QUE CONSTA DE 03 HOJAS DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PAPEL BOND A4, DE 75 GRAMOS SEGÚN DETALLE: HOJA 1: FICHA DE REGISTRO DE GESTANTES ALOJADAS 1,(REVERSO Y ANVERSO) HOJA 2: REPORTE DE EVENTOS O SUCESOS DIARIOS (REVERSO Y ANVERSO)	UNIDAD	1,000

	HOJA 3: FORMATO DE ENCUESTA SATISFACION DE USUARIO, ANVERSO, PRESENTACION EN BLOCK DE 100		
17	FORMATO DE HOJA GUIA DE PREGUNTAS PARA EL TAMIZAJE DE VIOLENCIA A MUJERES EN SITUACION DE VIOLENCIA DE PAREJA O EXPAREJA, PAPEL A4 DE COLOR BLANCO Y NEGRO DE 75 GRAMOS, PRESENTACION EN BLOCK DE 100	UNIDAD	500
18	CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SOLICITUD PARA LA INSERCIÓN DE (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) DIU, PAPEL AUTOCOPIATIVO, 01 HOJA ORIGINAL Y 02 COPIAS TAMAÑO A-4 AUTOCOPIABLE. HOJA 1: FORMATO DE CONSENTIMIENTO, PAPEL BOND A4 DE 60-1 DE GRAMAJE(BLANCO) HOJA 2: FORMATO DE CONSENTIMIENTO, PAPEL BOND A4 DE 57-2 DE GRAMAJE(AMARILLO) HOJA 3: FORMATO DE CONSENTIMIENTO, PAPEL BOND A4 DE 57-3 DE GRAMAJE(VERDE), PRESENTACION EN BLOCK	UNIDAD	50
19	CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SOLICITUD PARA LA INSERCIÓN DEL IMPLANTE SUBDERMICO, PAPEL AUTOCOPIATIVO, 01 HOJA ORIGINAL Y 02 COPIAS TAMAÑO A-4 AUTOCOPIABLE HOJA 1: FORMATO DE CONSENTIMIENTO, PAPEL BOND A4 DE 60-1 DE GRAMAJE(BLANCO) HOJA 2: FORMATO DE CONSENTIMIENTO, PAPEL BOND A4 DE 57-2 DE GRAMAJE(VERDE) HOJA 3: FORMATO DE CONSENTIMIENTO, PAPEL BOND A4 DE 57-3 DE GRAMAJE(ROSADO), PRESENTACION EN BLOCK X 100	UNIDAD	150
20	CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SOLICITUD DE INTERVENCIÓN PARA LIGADURA DE TROMPA, PAPEL AUTOCOPIATIVO, 01 HOJA ORIGINAL Y 02 COPIAS TAMAÑO A-4 AUTOCOPIABLE HOJA 1: FORMATO DE INTERVENCIÓN, PAPEL BOND A4 DE 60-1 DE GRAMAJE(BLANCO) HOJA 2: FORMATO DE INTERVENCIÓN, PAPEL BOND A4 DE 57-2 DE GRAMAJE(AMARILLO) HOJA 3: FORMATO DE INTERVENCIÓN, PAPEL BOND A4 DE 57-3 DE GRAMAJE(ROSADO) PRESENTACION EN BLOCK X 100	UNIDAD	10
21	JUEGO ENGRAPADO DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTE DE TBC SENSIBLE POR 13 HOJAS DE PAPEL BOND A4, DE 75 GRAMOS	UNIDAD	400

	<p>HOJA 1: SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE PACIENTE PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 2: RESUMEN DE HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE DE TBC PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 3: FORMATO DE EVOLUCION TRIMESTRAL DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA DE TBC PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 4: HOJA DE EVOLUCION, PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 5: FICHA PSICOLOGICA, PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 6: SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONSEJERIA NUTRICIONAL ETAPA VIDA ADULTO, ADULTO MAYOR Y PACIENTE CON TBC, PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO.</p> <p>HOJA 7: FICHA DE VISITA DOMICILIARIA, PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO.</p> <p>HOJA 8: ENTREVISTA DE ENFERMERIA, PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 9: INFORME DE EVALUACION SOCIALES, PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO.</p> <p>HOJA 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO, PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO.</p> <p>HOJA 11: FICHA EPIDEMIOLOGICA DE CASOS Y EVENTOS EN TBC, PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO.</p> <p>HOJA 12: FORMATO DE NOTIFICACION INMEDIATA DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS EN SEGUNDA LINEA, PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO.</p> <p>HOJA 13: ANEXO 8 FORMATO DE DERIVACION Y TRANSFERENCIA DE PACIENTE, PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN JUEGO ENGRAMPADO.</p>		
22	<p>JUEGO ENGRAPADO DE HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON TB RESISTENTE POR 6 HOJAS REVERSO Y ANVERSO EN HOJAS DE PAPEL BOND DE 75 GRAMOS.</p> <p>HOJA 1: SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE PACIENTE PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 2: RESUMEN DE HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON TB RESISTENTE PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 3: FORMATO DE EVOLUCION TRIMESTRAL DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO.</p> <p>HOJA 4: FORMATO DE NOTIFICACION INMEDIATA DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA, PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 5: FICHA EPIDEMIOLOGICA DE CASOS Y EVENTOS EN TUBERCULOSIS, PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 6: ANEXO 8 FORMATO DE DERIVACION Y TRANSFERENCIA DE PACIENTE, PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN ENGRAMPADO.</p>	UNIDAD	200
23	<p>FORMATO DE SOLICITUD DE INVESTIGACION BACTERIOLOGICA EN HOJAS DE PAPEL BOND A5 EN HOJAS DE 56 GRAMOS EN PRESENTACION EN BLOCK POR 100 HOJAS DE COLOR BLANCO Y NEGRO</p>	UNIDAD	500
24	<p>FORMATO DE CONSENTIMIENTO DE TAMIZAJE PARA PRUEBA DE ELISA O PRUEBA RAPIDA DE VIH - PAPEL BOND A4 DE 75GR, DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN BLOCK X 50 HOJAS.</p>	UNIDAD	600
25	<p>FORMATO DE CONSENTIMIENTO DE TAMIZAJE PARA LA PRUEBA RAPIDA DE DESPISTAJE DEL VIH EN LA GESTANTE/MADRE- PAPEL BOND A4 DE 75GR DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN BLOCK X 50 HOJAS</p>	UNIDAD	160
26	<p>TEST PARA IDENTIFICAR FACTOR DE RIESGO. PAPEL BOND A4 DE 75 GR DE COLOR BLANCO Y NEGRO PRESENTACION EN BLOCK X 100 HOJAS.</p>	UNIDAD	100, 000
27	<p>FICHA ODONTOGRAMA IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO DE COLOR AZUL, AMBAS CARAS PAPEL BOND DE 70GR, TAMAÑO A-4. (SEGÚN MODELO),PRESENTACION EN BLOCK 100</p>	UNIDAD	50, 000

28	HISTORIA CLINICA DEL ADULTO MAYOR, PAPEL BOND DE 75 GRAMOS A4, CONSTA 04 HOJAS ANVERSO Y REVERSO, PRESENTACION EN JUEGO ENGRAMPADO DE ACUERDO A MODELO DE COLOR BLANCO Y NEGRO	UNIDAD	80,000
29	HOJA NUMERO 5.4 DE LA HISTORIA DEL ADULTO MAYOR, PAPEL BOND DE 75 GRAMOS A4, ANVERSO Y REVERSO DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN HOJAS SUELTAS	UNIDAD	150,000
30	FORMATO SOLICITUD DE CITOLOGIA CERVICO UTERINO IMPRESIÓN SIMPLE, PAPEL BOND DE 75 GR A-4, IMPRESIÓN ANVERSO, (Forma parte de la historia clínica del paciente con tamizaje de prevención de cáncer) DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN BLOCK X CIEN HOJAS.	UNIDAD	600
31	FORMATO DE RESULTADO DE PAPANICOLAOU 01 ORIGINAL PAPEL BOND DE 70 GR Y 01 COPIA HOJA AUTOCOPIATIVA TAMAÑO 30 X 22CM, IMPRESIÓN SIMPLE ANVERSO, HOJA 1: FORMATO DE RESULTADO DE 60-1 DE GRAMAJE COLOR BLANCO Y NEGRO HOJA 2: FORMATO DE RESULTADO DE 57-2 DE GRAMAJE COLOR VERDE PRESENTACION EN BLOCK X 100 HOJAS (Forma parte de la Historia clínica del paciente con tamizaje de prevención del cáncer)	UNIDAD	600
32	FICHA DE IDENTIFICACION Y ANTECEDENTES. IVAA 01 ORIGINAL PAPEL BOND DE 75GR Y 01 COPIA, DE COLOR BLANCO Y NEGRO, HOJA AUTOCOPIATIVA DE COLOR VERDE TAMAÑO A-4 IMPRESIÓN SIMPLE ANVERSO (LETRAS COLOR AZUL) PRESENTACION EN BLOCK POR 100 HOJAS (Forma parte de la Historia Clínica del paciente con tamizaje de prevención de cáncer)	UNIDAD	600
33	FORMATO DE RESULTADO DE IVAA. IMPRESIÓN ANVERSO PAPEL BOND DE 75GR. TAMAÑO 21 X 14.5 CM AUTOCOPIATIVO PRESENTACION EN BLOCK POR 100 HOJAS. CON LINEAS PUNTEADAS PARA FACILITAR EL CORTE (LETRAS COLOR AZUL). (forma parte de la Historia clínica del paciente con tamizaje de prevención de cáncer)	UNIDAD	600
34	FORMATO DE TAMIZAJE DE ANTIGENO PROSTATICO PSA EN PAPEL BOND DE 75 GR A-4 Y 01 COPIA HOJA AUTOCOPIATIVA DE COLOR BLANCO Y NEGRO PRESENTACION BLOCK DE 100 HOJAS (FORMA PARTE DE LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AFILIADO AL SIS)	UNIDAD	400
35	HISTORIA CLINICA DEL ADULTO, PAPEL BOND DE 75 GRAMOS A-4, CONSTA DE 01 HOJAS ANVERSO Y REVERSO. COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN BLOCK X MILLAR	UNIDAD	20,000
36	HISTORIA CLINICA DEL ADULTO PAPEL BOND DE 75GM A-4 CONSTA DE 2 HOJAS ANVERSO Y REVERSO. DE ACUERDO AL MODELO DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN BLOCK X MILLAR	UNIDAD	40,000
37	FICHA DE TAMIZAJE EN VIOLENCIA FAMILIAR PAPEL BOND 75 GR TAMAÑO A-4 (1Pagina Anverso) COLOR BLANCO Y NEGRO PRESENTACION POR UNIDAD	UNIDAD	40,000
38	FICHA DE TAMIZAJE EN ADICCIONES - AUDIT PAPEL BOND A4 DE 75 GR, (ANVERSO Y REVERSO) DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION POR UNIDAD	UNIDAD	20,000
39	FICHA DE TAMIZAJE EN DEPRESION - SQR PAPEL BOND A4 DE 75 GR, COLOR BLANCO Y NEGRO ANVERSO Y REVERSO, PRESENTACION POR UNIDAD	UNIDAD	20,000
40	FICHA DE HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS, PAPEL BOND 75 GR TAMAÑO A-4 COLOR BLANCO Y NEGRO, ANVERSO Y REVERSO, PRESENTACION POR UNIDAD	UNIDAD	5,000
41	FICHA DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES, PAPEL BOND 75 GR TAMAÑO A-4 DE COLOR BLANCO Y NEGRO ANVERSO Y REVERSO, PRESENTACION POR UNIDAD	UNIDAD	5,000

42	HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA ANVERSO Y REVERSO 04 PAGINAS PAPEL BOND 75 GR TAMAÑO A-4 DE COLOR BLANCO Y NEGRO,PRESENTACION ENGRAMPADO EN ORDEN DE ACUERDO A MODELO ADJUNTO.	UNIDAD	40,000
43	FICHA DE VISITA DOMICILIARIA 1 PAGINA(ANVERSO) PAPEL BOND 75 GR TAMAÑO A-4 DE COLOR BLANCO Y NEGRO,PRESENTACION POR UNIDAD.	UNIDAD	20,000
44	BATERIA IMPRESA DE PREGUNTAS DE DETECCION DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DE PERSONAS AFECTADAS POR LA VIOLENCIA DE PAREJA O EXPAREJA 14 PAGINAS (ANVERSO C/U) PAPEL BOND 75 GR TAMAÑO A-4 DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION ENGRAMPADO EN ORDEN, DE ACUERDO A MODELO ADJUNTO.	UNIDAD	6,000
45	IMPRESIÓN DE FICHA DE ATENCION INTEGRAL ANVERSO Y REVERSO PAPEL BOND 75 GR TAMAÑO A-4 DE COLOR BLANCO Y NEGRO,PRESENTACION POR UNIDAD.	UNIDAD	50,000
46	FICHA DE TAMIZAJE PARA AUTISMO 01 PAG(ANVERSO), PAPEL BOND 75 GR TAMAÑO A-4 DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION POR UNIDAD.	UNIDAD	30,000
47	Resultado General Hemograma Completo (Parasitológico, Hematología, Bioquímico, Orina, Secreción vaginal, Moco fecal, Etc.) en papel bond 70grs TAMAÑO OFICIO DE COLOR BLANCO Y NEGRO (ANVERSO Y REVERSO), PRESENTACION EN BLOCK POR 100	UNIDAD	2,000
48	Resultado General de laboratorio en papel bond de 70 grs tamaño 21.5 cm x 15.0 cm DE COLOR BLANCO Y NEGRO PRESENTACION EN BLOCK POR 100	UNIDAD	2,000
49	Resultado de Examen completo de Orina en papel bond 70 grs tamaño 21.5 cm X15 cm COLOR BLANCO Y NEGRO PRESENTACION EN BLOCK POR 100	UNIDAD	200
50	Resultado de Moco fecal papel bond 75 gr tamaño 10 cm x 15 cm DE COLOR BLANCO Y NEGRO , PRESENTACION EN BLOCK POR 100	UNIDAD	50
51	Solicitud de ANALISIS de laboratorio en papel bond 75 grs tamaño 21 cm x 10 cm COLOR BLANCO Y NEGRO , PRESENTACION EN BLOCK POR 100	UNIDAD	500
52	Solicitud de Bartonellosis Papel Bond 70 grs tamaño 21x 15 cm DE COLOR BLANCO Y NEGRO ANVERSO Y REVERSO PRESENTACION EN BLOCK POR 100	UNIDAD	50
53	RECETAS ESTANDARIZADAS PAPEL AUTOCOPIATIVO, 01 ORIGINAL Y 1 COPIA SIN NUMERACION MEDIDAS 22 CM X 16 CM CON LETRAS AZULES HOJA 1: FORMATO DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA, DE 60-1 DE GRAMAJE (BLANCO) HOJA 2: FORMATO DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA, DE 57-2 DE GRAMAJE (VERDE), PRESENTACION EN BLOCK	UNIDAD	8,000

1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante Memorándum N° 44-2023-GRC-DRSC-RSSCN-DA (Formato) el 22 de mayo del 2023

1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

4 – 13 Donaciones y Transferencias.

Importante

La fuente de financiamiento debe corresponder a aquella prevista en la Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal en el cual se convoca el procedimiento de selección.

1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

El presente procedimiento se rige por el sistema de Suma Alzada de acuerdo con lo establecido en el expediente de contratación respectivo.

1.6. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO

No corresponde.

1.7. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

El alcance de la prestación está definido en el Capítulo III de la presente sección de las bases.

1.8. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los servicios materia de la presente convocatoria se prestarán en el plazo de **35 días calendario** en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

1.9. COSTO DE REPRODUCCIÓN Y ENTREGA DE BASES

Los participantes registrados tienen el derecho de recabar un ejemplar de las bases, para cuyo efecto deben cancelar la suma de **S/. 5.00 (Cinco con 00/100 Soles)** en **Caja de la Entidad, sito en el Jr. 21 de mayo N° 128 Belenpampa – Santiago – Cusco**, y recabar las Bases en la **oficina de la Unidad de Logística, en la dirección antes indicada**

Importante

El costo de entrega de un ejemplar de las bases no puede exceder el costo de su reproducción.

1.10. BASE LEGAL

- Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2023.
- Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal 2023.
- Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República y sus modificatorias.
- Ley N° 27245, Ley de Responsabilidad y Transparencia Fiscal.
- Ley N° 30225 Ley de Contrataciones del Estado, modificado con por Decreto Legislativo N° 1444.
- Decreto Supremo N° 344-2018-EF que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado y modificatorias.
- Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, sus modificaciones y normas complementarias.
- Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General, sus modificatorias y normas complementarias.
- Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG, del 30.10.2006, Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de transparencia y de Acceso a la información Pública.
- Ley N° 29973 – Ley General de la Persona con Discapacidad.
- Código Civil.

Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

Según el cronograma de la ficha de selección de la convocatoria publicada en el SEACE.

Importante

De conformidad con la vigesimosegunda Disposición Complementaria Final del Reglamento, en caso la Entidad (Ministerios y sus organismos públicos, programas o proyectos adscritos) haya difundido el requerimiento a través del SEACE siguiendo el procedimiento establecido en dicha disposición, no procede formular consultas u observaciones al requerimiento.

2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contendrá, además de un índice de documentos³, la siguiente documentación:

2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta

- a) Declaración jurada de datos del postor. (**Anexo N° 1**)
- b) Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta.

En caso de persona jurídica, copia del certificado de vigencia de poder del representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto.

En caso de persona natural, copia del documento nacional de identidad o documento análogo, o del certificado de vigencia de poder otorgado por persona natural, del apoderado o mandatario, según corresponda.

En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscriba la promesa de consorcio, según corresponda.

Advertencia

De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE⁴ y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir el certificado de vigencia de poder y/o documento nacional de identidad.

- c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento (**Anexo N°2**)
- d) Declaración jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia contenidos en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (**Anexo N° 3**)

³ La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

⁴ Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

- e) Declaración jurada de plazo de prestación del servicio. **(Anexo N° 4)**⁵
- f) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. **(Anexo N° 5)**
- g) El precio de la oferta en soles Adjuntar obligatoriamente el **Anexo N° 6**.

El precio total de la oferta y los subtotales que lo componen son expresados con dos (2) decimales. Los precios unitarios pueden ser expresados con más de dos (2) decimales.

Importante

- *El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, verifica la presentación de los documentos requeridos. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.*
- *En caso de requerir estructura de costos o análisis de precios, esta se presenta para el perfeccionamiento del contrato.*

2.2.1.2. Documentos para acreditar los requisitos de calificación

Incorporar en la oferta los documentos que acreditan los “**Requisitos de Calificación**” que se detallan en el numeral 3.2 del Capítulo III de la presente sección de las bases.

2.2.2. Documentación de presentación facultativa:

- a) En el caso de microempresas y pequeñas empresas integradas por personas con discapacidad, o en el caso de consorcios conformados en su totalidad por estas empresas, deben presentar la constancia o certificado con el cual acredite su inscripción en el Registro de Empresas Promocionales para Personas con Discapacidad⁶.
- b) Solicitud de bonificación por tener la condición de micro y pequeña empresa. **(Anexo N° 11)**

Advertencia

El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, no podrá exigir al postor la presentación de documentos que no hayan sido indicados en los acápitos “Documentos para la admisión de la oferta”, “Requisitos de calificación” y “Factores de evaluación”.

2.3. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO

El postor ganador de la buena pro debe presentar los siguientes documentos para perfeccionar el contrato:

- a) Garantía de fiel cumplimiento del contrato.
- b) Garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, de ser el caso.
- c) Contrato de consorcio con firmas legalizadas ante Notario de cada uno de los integrantes, de ser el caso.
- d) Código de cuenta interbancaria (CCI) o, en el caso de proveedores no domiciliados, el

⁵ En caso de considerar como factor de evaluación la mejora del plazo de prestación del servicio, el plazo ofertado en dicho anexo servirá también para acreditar este factor.

⁶ Dicho documento se tendrá en consideración en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

- número de su cuenta bancaria y la entidad bancaria en el exterior.
- e) Copia de la vigencia del poder del representante legal de la empresa que acredite que cuenta con facultades para perfeccionar el contrato, cuando corresponda.
 - f) Copia de DNI del postor en caso de persona natural, o de su representante legal en caso de persona jurídica.

Advertencia

De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE⁷ y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir los documentos previstos en los literales e) y f).

- g) Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- h) Autorización de notificación de la decisión de la Entidad sobre la solicitud de ampliación de plazo mediante medios electrónicos de comunicación⁸. (**Anexo N° 12**).
- i) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado⁹.
- j) ~~Estructura de costos¹⁰.~~
- k) Detalle del precio de la oferta de cada uno de los servicios que conforman el paquete¹¹.

Importante

- *En caso que el postor ganador de la buena pro sea un consorcio, las garantías que presente este para el perfeccionamiento del contrato, así como durante la ejecución contractual, de ser el caso, además de cumplir con las condiciones establecidas en el artículo 33 de la Ley y en el artículo 148 del Reglamento, deben consignar expresamente el nombre completo o la denominación o razón social de los integrantes del consorcio, en calidad de garantizados, de lo contrario no podrán ser aceptadas por las Entidades. No se cumple el requisito antes indicado si se consigna únicamente la denominación del consorcio, conforme lo dispuesto en la Directiva Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”.*
- *En los contratos periódicos de prestación de servicios en general que celebren las Entidades con las micro y pequeñas empresas, estas últimas pueden otorgar como garantía de fiel cumplimiento el diez por ciento (10%) del monto del contrato, porcentaje que es retenido por la Entidad durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada en cada pago, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo, conforme lo establece el numeral 149.4 del artículo 149 y el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Para dicho efecto los postores deben encontrarse registrados en el REMYPE, consignando en la Declaración Jurada de Datos del Postor (Anexo N° 1) o en la solicitud de retención de la garantía durante el perfeccionamiento del contrato, que tienen la condición de MYPE, lo cual será verificado por la Entidad en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2> opción consulta de empresas acreditadas en el REMYPE.*
- *En los contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía*

⁷ Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

⁸ En tanto se implemente la funcionalidad en el SEACE, de conformidad con la Primera Disposición Complementaria Transitoria del Decreto Supremo N° 234-2022-EF.

⁹ Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

¹⁰ Incluir solo cuando resulte necesario para la ejecución contractual, identificar los costos de cada uno de los rubros que comprenden la oferta.

¹¹ Incluir solo en caso de contrataciones por paquete.

de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias. Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no supere el monto señalado anteriormente, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.

Importante

- *Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.*
- *De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya¹².*
- *La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.*

2.4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene. Para dicho efecto el postor ganador de la buena pro, dentro del plazo previsto en el artículo 141 del Reglamento, debe presentar la documentación requerida en [Mesa de Partes de la Red de Servicios de Salud Cusco Norte](#), sito en el [Jr. 21 de mayo N° 128 Belenpampa – Santiago – Cusco](#).

2.5. FORMA DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en [Pago único](#)

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

- Informe del funcionario responsable de la [Dirección de Atención Integral de Salud de la RSSCN \(DAIS\)](#) emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de pago.

Dicha documentación se debe presentar en la [oficina de la Unidad de Logística de la Red de Servicios de Salud Cusco Norte](#), sito en el [Jr. 21 de mayo N° 128 Belenpampa – Santiago – Cusco](#).

¹² Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

Importante

De conformidad con el numeral 29.8 del artículo 29 del Reglamento, el área usuaria es responsable de la adecuada formulación del requerimiento, debiendo asegurar la calidad técnica y reducir la necesidad de su reformulación por errores o deficiencias técnicas que repercutan en el proceso de contratación.

3.1. TERMINOS DE REFERENCIA



GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



"Cusco Capital Histórica del Perú"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

TÉRMINOS DE REFERENCIA

SERVICIO DE IMPRESIÓN DE DIFERENTES FORMATOS DE HISTORIA CLINICA PARA BRINDAR ATENCION EN IPRESS DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE

1. **AREA SOLICITANTANTE**
Dirección de Atención Integral de Salud
2. **FINALIDAD PUBLICA**
El presente proceso busca proveer a los diferentes servicios de las IPRESS del ámbito de la Red de Servicios de Salud Cusco Norte, historias clínicas y formatos que se utilizan de acuerdo a las Directivas y Normas Institucionales.
3. **OBJETO DEL SERVICIO**
El objetivo del servicio de impresión de **diferentes formatos de historia clínica** para dotar a los establecimientos que pertenecen a la Red de servicios de salud cusco norte y sus respectivas áreas, para la atención de los asegurados al seguro integral de salud.
4. **ANTECEDENTES**
La Red de Servicios de Salud Cusco Norte, efectúa contrataciones para la impresión de formatos para las diferentes áreas de los Establecimientos de Salud con el fin de contar con información y ejecución de procedimientos en forma individualizada a los pacientes afiliados al Seguro Integral de Salud-SIS y no afiliados, en ese sentido es necesario contratar el servicio de impresión de diferentes formatos de la historia clínica.
5. **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**
El servicio de impresión de **diferentes formatos de historia clínica**, deberán cumplir con las siguientes características:

N°	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	<p>JUEGO DE HISTORIA CLINICA DEL NIÑA , CONSTA DE 07 HOJAS PAPEL BOND A4 75 GRS IMPRESIÓN ANVERSO Y REVERSO, DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:</p> <p>HOJA 1: HOJA DE FILIACION (ANVERSO), ficha de tamizaje (violencia de maltrato infantil) (REVERSO)COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 2: GRAFICA DE PESO PARA LA EDAD EN NIÑAS (ANVERSO), GRAFICA DE LONGITUD O PARA LA EDAD EN NIÑAS (REVERSO) A COLOR ROSADO</p> <p>HOJA 3: GRAFICA DE PESO PARA LA LONGITUD EN NIÑAS A COLOR ROSADO (ANVERSO) PERCENTILES SELECCIONADOS DE PERIMETRO CEFALICO PARA LA EDAD EN NIÑAS (ENCABEZADOS FONDO ROSADO REVERSO)</p> <p>HOJA 4: FORMATO DE EVALUACION EEDP (AMBAS CARAS) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 5: FORMATO DE EVALUACION TEPsi (AMBAS CARAS),COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 6: TEST DE EVALUACION DEL DESARROLLO TEST PERUANO (ANVERSO) EVALUACION DE LA ALIMENTACION DE LA NIÑA (REVERSO) ,COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 7: HOJA DE CONSULTA (AMBAS CARAS) ENGRAPADO EN ORDEN CORRELATIVO COLOR BLANCO Y NEGRO</p>	UNIDAD	20 000



Jirón 21 de Mayo N°128 Belenpampa-Santiago-Cusco- Telefono 084-237953
<https://www.redcusconorte.gob.pe>
epicusconorte@renace.dge.gob.pe



GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



"Cusco Capital Histórica del Perú"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

PRESENTACION EN BLOCK POR 100 JUEGOS			
2	<p>JUEGO DE HISTORIA CLINICA DEL NIÑO . CONSTA DE 07 HOJAS PAPEL BOND A4 75 GRs IMPRESION ANVERSO Y REVERSO, DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:</p> <p>HOJA 1: HOJA DE FILIACION (ANVERSO), ficha de tamizaje (violencia de maltrato infantil) (REVERSO),COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 2: GRAFICA DE PESO PARA LA EDAD EN NIÑOS (ANVERSO), GRAFICA DE LONGITUD O PARA LA EDAD EN NIÑOS (REVERSO) A COLOR CELESTE</p> <p>HOJA 3: GRAFICA DE PESO PARA LA LONGITUD EN NIÑOS A COLOR CELESTE (ANVERSO) PERCENTILES SELECCIONADOS DE PERIMETRO CEFALICO PARA LA EDAD EN NIÑOS (REVERSO)</p> <p>HOJA 4: FORMATO DE EVALUACION EEDP (AMBAS CARAS),COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 5: FORMATO DE EVALUACION TEPsi (AMBAS CARAS),COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 6: TEST DE EVALUACION DEL DESARROLLO TEST PERUANO (ANVERSO) EVALUACION DE LA ALIMENTACION DEL NIÑO (REVERSO),COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 7: HOJA DE CONSULTA (AMBAS CARAS) EMPASTADO EN ORDEN CORRELATIVO</p>	UNIDAD	20 000
PRESENTACION EN BLOCK POR 100 JUEGOS			
3	<p>HOJA DE CONSULTA PARA LA HISTORIA CLINICA, ANVERSO Y REVERSO, PAPEL BOND DE 75 GR TAMAÑO A-4. DE COLOR BLANCO Y NEGRO,</p> <p>PRESENTACION EN HOJAS SUELTAS AGRUPADOS EN MILLAR</p>	UNIDAD	100 000
4	<p>IMPRESIÓN HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL CON APLICACIONES A COLOR SEGÚN MODELO ADJUNTO, EN TAMAÑO A-4 DE 75 GRAMOS.</p> <p>HOJA 1: FORMATO DE HISTORIA CLINICA (AMBAS CARAS), PAPEL A4 2 HOJAS (ANVERSO Y REVERSO)</p> <p>HOJA 2: FORMATO PERINATAL EN CARTULINA (ANVERSO Y REVERSO)</p> <p>PRESENTACION EN BLOCK X 100</p>	UNIDAD	8 000
5	<p>IMPRESIÓN DE HISTORIA CLINICA DE ATENCION PRENATAL SERVICIO DE OBSTETRICIA ANVERSO Y REVERSO EN PAPEL BOND A4, DE 75 GRAMOS COLOR BANCO Y NEGRO SEGÚN MODELO ADJUNTO PRESENTACION EN BLOCK X 100</p>	UNIDAD	1,500
6	<p>IMPRESIÓN DE HISTORIA CLINICA DE ATENCION PRENATAL SERVICIO DE OBSTETRICIA ANVERSO Y REVERSO EN PAPEL BOND A4 DE 75 GRAMOS SEGÚN MODELO ADJUNTO PRESENTACION EN BLOCK 50 COLOR BLANCO Y NEGRO</p>	UNIDAD	3,000
7	<p>IMPRESIÓN DE FICHA DE PLAN DE PARTO EN PAPEL AUTOCOPIADO (POR 03 HOJAS) TAMAÑO A4 FULL COLOR DE ACUERDO A MODELO ADJUNTO (BLANCO, ROSADO Y AMARILLO)</p> <p>HOJA 1: FORMATO DE PLAN DE PARTO, PAPEL BOND A4 DE 60-1 DE GRAMAJE(BLANCO)</p> <p>HOJA 2: FORMATO DE PLAN DE PARTO, PAPEL BOND A4 DE 57-2 DE GRAMAJE(ROSADO)</p> <p>HOJA 3: FORMATO DE PLAN DE PARTO, PAPEL BOND A4 DE 57-3 DE GRAMAJE(AMARILLO),PRESENTACION EN BLOCK POR 50</p>	UNIDAD	1,000
8	<p>IMPRESIÓN DE FICHA DE INFORME DE ECOGRAFIA OBSTETRICA PAPEL AUTOCOPIABLE (POR 03 HOJAS) TAMAÑO A5. COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 1: FORMATO DE ECOGRAFO OBSTETRICO, PAPEL BOND A5 DE 60-1 DE GRAMAJE</p> <p>HOJA 2: FORMATO DE ECOGRAFO OBSTETRICO, PAPEL BOND A5 DE 57-2 DE GRAMAJE</p> <p>HOJA 3: FORMATO DE ECOGRAFO OBSTETRICO, PAPEL BOND A5 DE 57-3 DE GRAMAJE,PRESENTACION EN BLOCK POR 50</p>	UNIDAD	200
9	<p>IMPRESIÓN FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA ANVERSO Y REVERSO EN PAPEL BOND TAMAÑO A4 DE ACUERDO A MODELO ADJUNTO, A COLOR BLANCO Y NEGRO DE 75 GRAMOS, PRESENTACION EN BLOCK POR 50</p>	UNIDAD	200



Jirón 21 de Mayo N°128 Belenpampa-Santiago-Cusco- Telefono 084-237953
<https://www.redcusconorte.gob.pe>
epicusconorte@renace.dge.gob.pe



GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



"Cusco Capital Histórica del Perú"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

10	IMPRESIÓN DE HISTORIA CLINICA DE EMERGENCIA, EVALUACION Y CONSULTA DE SEGUIMIENTO, ANVERSO Y REVERSO EN PAPEL BOND TAMAÑO A4 DE 75 GRAMOS A COLOR BLANCO Y NEGRO PRESENTACION BLOCK POR 50	UNIDAD	200
11	IMPRESIÓN DE HISTORIA CLINICA ATENCIÓN DE PARTO QUE CONSTA DE 12 HOJAS, DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PAPEL BOND A-4 DE 75 GRAMOS CON EL SIGUIENTE DETALLE: HOJA 1: HISTORIA CLINICA DE EMERGENCIA (ANVERSO) HOJA 2: MONITOREO DE FUNCIONES VITALES (ANVERSO) HOJA 3: HISTORIA CLINICA DE HOSPITALIZACION GINECO-OBSTETRICA (ANVERSO Y REVERSO) HOJA 4: PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO (ANVERSO) HOJA 5: ATENCIÓN DE PARTO (ANVERSO), PUERPERIO INMEDIATO (2 HORAS)(REVERSO) HOJA 6: TARJETA PERINATAL(ANVERSO Y REVERSO) HOJA 7: EVOLUCIÓN MEDICA EN ANVERSO Y REVERSO VA TERAPEUTICA MEDICA. HOJA 8: EVOLUCION OBSTETRICA ANVERSO Y REVERSO. HOJA 9: EVOLUCION OBSTETRICA ANVERSO Y REVERSO. HOJA 10: EVOLUCION OBSTETRICAANVERSO Y REVERSO. HOJA 11: ANALISIS DE LABORATORIO - RESULTADOS ANVERSO HOJA 12: EPICRISIS ANVERSO ,EN PAPEL BOND A-4 ANVERSO, PRESENTACION EN BLOCK DE 100	UNIDAD	4,000
12	IMPRESIÓN FORMATO DE HOJA DE MONITOREO PAPEL BOND TAMAÑO A4 DE 75 GRAMOS, ACUERDO AL MODELO ADJUNTO A COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN BLOCK DE 100	UNIDAD	50
13	IMPRESION FORMATO DE HOJA "EVALUACION MEDICA" PAPEL BOND ANVERSO A4 DE 75 GRAMOS A COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN BLOCK DE 100	UNIDAD	1,000
14	IMPRESION FORMATO DE HOJA "TERAPEUTICA MEDICA" PAPEL BOND ANVERSO A4 DE 75 GRAMOS A COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN BLOCK DE 100	UNIDAD	1,000
15	IMPRESIÓN DE HISTORIA CLINICA DE RECIEN NACIDO QUE CONSTA DE 08 HOJAS ,PAPEL BOND A-4 DE 75 GRAMOS CON EL SIGUIENTE DETALLE: HOJA 1: FICHA UNICA DEL RECIEN NACIDO SERVICIO DE NEONATOLOGIA, EN ANVERSO Y REVERSO VA DATOS DEL RECIEN NACIDO, COLOR BLANCO Y NEGRO HOJA 2: MONITOREO DE FUNCIONES VITALES,COLOR BLANCO Y NEGRO HOJA 3: EXAMEN FISICO EN ANVERSO , EVOLUCION EN ALOJAMIENTO CONJUNTO REVERSO COLOR BLANCO Y NEGRO HOJA 4: EVOLUCION MEDICA ANVERSO ,TERAPEUTICA MEDICA REVERSO ,COLOR BLANCO Y NEGRO HOJA 5: NOTAS DE ENFERMERIA ANVERSO Y REVERSO, COLOR BLANCO Y NEGRO HOJA 6: ANALISIS DE LABORATORIO RESULTADOS, ANVERSO A COLOR BLANCO Y NEGRO HOJA 7: EPICRISIS, ANVERSO A COLOR BLANCO Y NEGRO HOJA 8: LACTANCIA MATERNA (ESCALA LATCH), ANVERSO A COLOR BLANCO Y NEGRO PRESENTACION ENGRAMPADO EN ORDEN, EN PAPEL BOND A4, DE ACUERDO A MODELO ADJUNTO.	UNIDAD	4,000.00
16	IMPRESIÓN DE FORMATO DE SEGUIMIENTO DE GESTANTES ALOJADAS EN CASA MATERNA QUE CONSTA DE 03 HOJAS DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PAPEL BOND A4, DE 75 GRAMOS SEGÚN DETALLE: HOJA 1: FICHA DE REGISTRO DE GESTANTES ALOJADAS 1,(REVERSO Y ANVERSO) HOJA 2: REPORTE DE EVENTOS O SUCESOS DIARIOS (REVERSO Y ANVERSO)	UNIDAD	1,000



Jirón 21 de Mayo N°128 Belenpampa-Santiago-Cusco- Telefono 084-237953
<https://www.redcusconorte.gob.pe>
epicusconorte@renace.dge.gob.pe



GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



"Cusco Capital Histórica del Perú"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

	HOJA 3: FORMATO DE ENCUESTA SATISFACION DE USUARIO, ANVERSO, PRESENTACION EN BLOCK DE 100		
17	FORMATO DE HOJA GUIA DE PREGUNTAS PARA EL TAMIZAJE DE VIOLENCIA A MUJERES EN SITUACION DE VIOLENCIA DE PAREJA O EXPAREJA, PAPEL A4 DE COLOR BLANCO Y NEGRO DE 75 GRAMOS, PRESENTACION EN BLOCK DE 100	UNIDAD	500
18	CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SOLICITUD PARA LA INSERCIÓN DE (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) DIU, PAPEL AUTOCOPIATIVO, 01 HOJA ORIGINAL Y 02 COPIAS TAMAÑO A-4 AUTOCOPIABLE. HOJA 1: FORMATO DE CONSENTIMIENTO, PAPEL BOND A4 DE 60-1 DE GRAMAJE(BLANCO) HOJA 2: FORMATO DE CONSENTIMIENTO, PAPEL BOND A4 DE 57-2 DE GRAMAJE(AMARILLO) HOJA 3: FORMATO DE CONSENTIMIENTO, PAPEL BOND A4 DE 57-3 DE GRAMAJE(VERDE), PRESENTACION EN BLOCK	UNIDAD	50
19	CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SOLICITUD PARA LA INSERCIÓN DEL IMPLANTE SUBDERMICO, PAPEL AUTOCOPIATIVO, 01 HOJA ORIGINAL Y 02 COPIAS TAMAÑO A-4 AUTOCOPIABLE HOJA 1: FORMATO DE CONSENTIMIENTO, PAPEL BOND A4 DE 60-1 DE GRAMAJE(BLANCO) HOJA 2: FORMATO DE CONSENTIMIENTO, PAPEL BOND A4 DE 57-2 DE GRAMAJE(VERDE) HOJA 3: FORMATO DE CONSENTIMIENTO, PAPEL BOND A4 DE 57-3 DE GRAMAJE(ROSADO), PRESENTACION EN BLOCK X 100	UNIDAD	150
20	CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SOLICITUD DE INTERVENCIÓN PARA LIGADURA DE TROMPA, PAPEL AUTOCOPIATIVO, 01 HOJA ORIGINAL Y 02 COPIAS TAMAÑO A-4 AUTOCOPIABLE HOJA 1: FORMATO DE INTERVENCIÓN, PAPEL BOND A4 DE 60-1 DE GRAMAJE(BLANCO) HOJA 2: FORMATO DE INTERVENCIÓN, PAPEL BOND A4 DE 57-2 DE GRAMAJE(AMARILLO) HOJA 3: FORMATO DE INTERVENCIÓN, PAPEL BOND A4 DE 57-3 DE GRAMAJE(ROSADO) PRESENTACION EN BLOCK X 100	UNIDAD	10
21	JUEGO ENGRAPADO DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTE DE TBC SENSIBLE POR 13 HOJAS DE PAPEL BOND A4, DE 75 GRAMOS	UNIDAD	400



Jirón 21 de Mayo N°128 Belenpampa-Santiago-Cusco- Telefono 084-237953
<https://www.redcusconorte.gob.pe>
epicusconorte@renace.dge.gob.pe



GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



"Cusco Capital Histórica del Perú"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

	<p>HOJA 1: SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE PACIENTE PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 2: RESUMEN DE HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE DE TBC PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 3: FORMATO DE EVOLUCION TRIMESTRAL DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA DE TBC PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 4: HOJA DE EVOLUCION, PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 5: FICHA PSICOLOGICA, PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 6: SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONSEJERIA NUTRICIONAL ETAPA VIDA ADULTO, ADULTO MAYOR Y PACIENTE CON TBC, PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO.</p> <p>HOJA 7: FICHA DE VISITA DOMICILIARIA, PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO.</p> <p>HOJA 8: ENTREVISTA DE ENFERMERIA, PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 9 : INFORME DE EVALUACION SOCIALES, PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO.</p> <p>HOJA 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO, PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO.</p> <p>HOJA 11: FICHA EPIDEMIOLOGICA DE CASOS Y EVENTOS EN TBC, PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO.</p> <p>HOJA 12: FORMATO DE NOTIFICACION INMEDIATA DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS EN SEGUNDA LINEA, PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO.</p> <p>HOJA 13: ANEXO 8 FORMATO DE DERIVACION Y TRANSFERENCIA DE PACIENTE, PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN JUEGO ENGRAMPADO.</p>		
22	<p>JUEGO ENGRAMPADO DE HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON TB RESISTENTE POR 6 HOJAS REVERSO Y ANVERSO EN HOJAS DE PAPEL BOND DE 75 GRAMOS.</p> <p>HOJA 1: SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE PACIENTE PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 2: RESUMEN DE HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON TB RESISTENTE PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 3: FORMATO DE EVOLUCION TRIMESTRAL DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO.</p> <p>HOJA 4: FORMATO DE NOTIFICACION INMEDIATA DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA, PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 5: FICHA EPIDEMIOLOGICA DE CASOS Y EVENTOS EN TUBERCULOSIS, PAPEL BOND A4 (ANVERSO Y REVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO</p> <p>HOJA 6: ANEXO 8 FORMATO DE DERIVACION Y TRANSFERENCIA DE PACIENTE, PAPEL BOND A4 (ANVERSO) COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN ENGRAMPADO.</p>	UNIDAD	200
23	<p>FORMATO DE SOLICITUD DE INVESTIGACION BACTERIOLOGICA EN HOJAS DE PAPEL BOND A5 EN HOJAS DE 56 GRAMOS EN PRESENTACION EN BLOCK POR 100 HOJAS DE COLOR BLANCO Y NEGRO</p>	UNIDAD	500
24	<p>FORMATO DE CONSENTIMIENTO DE TAMIZAJE PARA PRUEBA DE ELISA O PRUEBA RAPIDA DE VIH - PAPEL BOND A4 DE 75GR, DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN BLOCK X 50 HOJAS.</p>	UNIDAD	600
25	<p>FORMATO DE CONSENTIMIENTO DE TAMIZAJE PARA LA PRUEBA RAPIDA DE DESPISTAJE DEL VIH EN LA GESTANTE/MADRE- PAPEL BOND A4 DE 75GR DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN BLOCK X 50 HOJAS</p>	UNIDAD	160
26	<p>TEST PARA IDENTIFICAR FACTOR DE RIESGO. PAPEL BOND A4 DE 75 GR DE COLOR BLANCO Y NEGRO PRESENTACION EN BLOCK X 100 HOJAS.</p>	UNIDAD	100,000
27	<p>FICHA ODONTOGRAMA IMPRESION ANVERSO Y REVERSO DE COLOR AZUL, AMBAS CARAS PAPEL BOND DE 70GR, TAMAÑO A-4. (SEGUN MODELO), PRESENTACION EN BLOCK 100</p>	UNIDAD	50,000





GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



"Cusco Capital Histórica del Perú"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

28	HISTORIA CLINICA DEL ADULTO MAYOR, PAPEL BOND DE 75 GRAMOS A4, CONSTA 04 HOJAS ANVERSO Y REVERSO, PRESENTACION EN JUEGO ENGRAMPADO DE ACUERDO A MODELO DE COLOR BLANCO Y NEGRO	UNIDAD	80,000
29	HOJA NUMERO 5.4 DE LA HISTORIA DEL ADULTO MAYOR, PAPEL BOND DE 75 GRAMOS A4, ANVERSO Y REVERSO DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN HOJAS SUELTAS	UNIDAD	150,000
30	FORMATO SOLICITUD DE CITOLOGIA CERVICO UTERINO IMPRESIÓN SIMPLE, PAPEL BOND DE 75 GR A-4. IMPRESIÓN ANVERSO. (Forma parte de la historia clínica del paciente con tamizaje de prevención de cáncer) DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN BLOCK X CIENTO HOJAS.	UNIDAD	600
31	FORMATO DE RESULTADO DE PAPANICOLAOU 01 ORIGINAL PAPEL BOND DE 70 GR Y 01 COPIA HOJA AUTOCOPIATIVA TAMAÑO 30 X 22CM, IMPRESIÓN SIMPLE ANVERSO, HOJA 1: FORMATO DE RESULTADO DE 60-1 DE GRAMAJE COLOR BLANCO Y NEGRO HOJA 2: FORMATO DE RESULTADO DE 57-2 DE GRAMAJE COLOR VERDE PRESENTACION EN BLOCK X 100 HOJAS (Forma parte de la Historia clínica del paciente con tamizaje de prevención del cáncer)	UNIDAD	600
32	FICHA DE IDENTIFICACION Y ANTECEDENTES. IVAA 01 ORIGINAL PAPEL BOND DE 75GR Y 01 COPIA. DE COLOR BLANCO Y NEGRO, HOJA AUTOCOPIATIVA DE COLOR VERDE TAMAÑO A-4 IMPRESIÓN SIMPLE ANVERSO (LETRAS COLOR AZUL) PRESENTACION EN BLOCK POR 100 HOJAS (Forma parte de la Historia Clínica del paciente con tamizaje de prevención de cáncer)	UNIDAD	600
33	FORMATO DE RESULTADO DE IVAA. IMPRESIÓN ANVERSO PAPEL BOND DE 75GR. TAMAÑO 21 X 14.5 CM AUTOCOPIATIVO PRESENTACION EN BLOCK POR 100 HOJAS. CON LINEAS PUNTEADAS PARA FACILITAR EL CORTE (LETRAS COLOR AZUL). (forma parte de la Historia clínica del paciente con tamizaje de prevención de cáncer)	UNIDAD	600
34	FORMATO DE TAMIZAJE DE ANTIGENO PROSTATICO PSA EN PAPEL BOND DE 75 GR A-4 Y 01 COPIA HOJA AUTOCOPIATIVA DE COLOR BLANCO Y NEGRO PRESENTACION BLOCK DE 100 HOJAS (FORMA PARTE DE LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AFILIADO AL SIS)	UNIDAD	400
35	HISTORIA CLINICA DEL ADULTO, PAPEL BOND DE 75 GRAMOS A-4, CONSTA DE 01 HOJAS ANVERSO Y REVERSO. COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN BLOCK X MILLAR	UNIDAD	20,000
36	HISTORIA CLINICA DEL ADULTO PAPEL BOND DE 75GM A-4 CONSTA DE 2 HOJAS ANVERSO Y REVERSO. DE ACUERDO AL MODELO DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION EN BLOCK X MILLAR	UNIDAD	40,000
37	FICHA DE TAMIZAJE EN VIOLENCIA FAMILIAR PAPEL BOND 75 GR TAMAÑO A-4 (1Pagina Anverso) COLOR BLANCO Y NEGRO PRESENTACION POR UNIDAD	UNIDAD	40,000
38	FICHA DE TAMIZAJE EN ADICCIONES - AUDIT PAPEL BOND A4 DE 75 GR, (ANVERSO Y REVERSO) DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION POR UNIDAD	UNIDAD	20,000
39	FICHA DE TAMIZAJE EN DEPRESION - SQR PAPEL BOND A4 DE 75 GR, COLOR BLANCO Y NEGRO ANVERSO Y REVERSO, PRESENTACION POR UNIDAD	UNIDAD	20,000
40	FICHA DE HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS, PAPEL BOND 75 GR TAMAÑO A-4 COLOR BLANCO Y NEGRO, ANVERSO Y REVERSO, PRESENTACION POR UNIDAD	UNIDAD	5,000
41	FICHA DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES, PAPEL BOND 75 GR TAMAÑO A-4 DE COLOR BLANCO Y NEGRO ANVERSO Y REVERSO, PRESENTACION POR UNIDAD	UNIDAD	5,000



Jirón 21 de Mayo N°128 Belenpampa-Santiago-Cusco- Telefono 084-237953
<https://www.redcusconorte.gob.pe>
epicusconorte@renace.dge.gob.pe



GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



"Cusco Capital Histórica del Perú"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

42	HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA ANVERSO Y REVERSO 04 PAGINAS PAPEL BOND 75 GR TAMAÑO A-4 DE COLOR BLANCO Y NEGRO,PRESENTACION ENGRAMPADO EN ORDEN DE ACUERDO A MODELO ADJUNTO.	UNIDAD	40,000
43	FICHA DE VISITA DOMICILIARIA 1 PAGINA(ANVERSO) PAPEL BOND 75 GR TAMAÑO A-4 DE COLOR BLANCO Y NEGRO,PRESENTACION POR UNIDAD.	UNIDAD	20,000
44	BATERIA IMPRESA DE PREGUNTAS DE DETECCION DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DE PERSONAS AFECTADAS POR LA VIOLENCIA DE PAREJA O EXPAREJA 14 PAGINAS (ANVERSO C/U) PAPEL BOND 75 GR TAMAÑO A-4 DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION ENGRAMPADO EN ORDEN, DE ACUERDO A MODELO ADJUNTO.	UNIDAD	6,000
45	IMPRESIÓN DE FICHA DE ATENCION INTEGRAL ANVERSO Y REVERSO PAPEL BOND 75 GR TAMAÑO A-4 DE COLOR BLANCO Y NEGRO,PRESENTACION POR UNIDAD.	UNIDAD	50,000
46	FICHA DE TAMIZAJE PARA AUTISMO 01 PAG(ANVERSO), PAPEL BOND 75 GR TAMAÑO A-4 DE COLOR BLANCO Y NEGRO, PRESENTACION POR UNIDAD.	UNIDAD	30,000
47	Resultado General Hemograma Completo (Parasitológico, Hematología, Bioquímica, Orina, Secreción vaginal, Moco fecal, Etc.) en papel bond 70grs TAMAÑO OFICIO DE COLOR BLANCO Y NEGRO (ANVERSO Y REVERSO), PRESENTACION EN BLOCK POR 100	UNIDAD	2,000
48	Resultado General de laboratorio en papel bond de 70 grs tamaño 21.5 cm x 15.0 cm DE COLOR BLANCO Y NEGRO PRESENTACION EN BLOCK POR 100	UNIDAD	2,000
49	Resultado de Examen completo de Orina en papel bond 70 grs tamaño 21.5 cm X15 cm COLOR BLANCO Y NEGRO PRESENTACION EN BLOCK POR 100	UNIDAD	200
50	Resultado de Moco fecal papel bond 75 gr tamaño 10 cm x 15 cm DE COLOR BLANCO Y NEGRO , PRESENTACION EN BLOCK POR 100	UNIDAD	50
51	Solicitud de ANALISIS de laboratorio en papel bond 75 grs tamaño 21 cm x 10 cm COLOR BLANCO Y NEGRO , PRESENTACION EN BLOCK POR 100	UNIDAD	500
52	Solicitud de Bartonellosis Papel Bond 70 grs tamaño 21x 15 cm DE COLOR BLANCO Y NEGRO ANVERSO Y REVERSO PRESENTACION EN BLOCK POR 100	UNIDAD	50
53	RECETAS ESTANDARIZADAS PAPEL AUTOCOPIATIVO, 01 ORIGINAL Y 1 COPIA SIN NUMERACION MEDIDAS 22 CM X 16 CM CON LETRAS AZULES HOJA 1: FORMATO DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA, DE 60-1 DE GRAMAJE (BLANCO) HOJA 2: FORMATO DE RECETA UNICA ESTANDARIZADA, DE 57-2 DE GRAMAJE (VERDE), PRESENTACION EN BLOCK	UNIDAD	8,000



6. ALCANCE DEL SERVICIO

El presente proceso busca proveer a los diferentes servicios de las IPRESS del ámbito de la Red de Servicios de Salud Cusco Norte, formatos que se utilizan en la historia clínica del usuario de acuerdo a las Directivas y Normas Institucionales.

Jirón 21 de Mayo N°128 Belenpampa-Santiago-Cusco- Telefono 084-237953
<https://www.redcusconorte.gob.pe>
epicusconorte@renace.dge.gob.pe



GERENCIA
REGIONAL DE
SALUD CUSCO

RED DE
SERVICIOS DE
SALUD CUSCO

DIRECCIÓN DE
ATENCIÓN INTEGRAL
DE SALUD

ATENCIÓN
INTEGRAL DE
SALUD



"Cusco Capital Histórica del Perú"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

7. ACTIVIDADES DEL SERVICIO

- Una vez recibido la notificación de la orden de Servicio, el postor adjudicado deberá realizar las coordinaciones respectivas con el área usuaria para la entrega de los modelos y pre diseños, en un plazo que no excederá de Tres (3) días calendarios.
- El contratista entregará las pruebas de texto y las pruebas de color de todos los formatos, para su aprobación, en un plazo que no excederá de tres (3) días calendarios, remitiendo un ejemplar impreso de cada sub ítems para su respectiva aprobación.
- Siendo responsable el área usuaria y postor adjudicando de la ejecución de los plazos respectivos.
- El área usuaria firmara en señal de conformidad, en el reverso de la muestra, consignando fecha, hora y registro de los profesionales (área usuaria) quienes han dado su aprobación.
- **Material:** El proveedor deberá tener en cuenta que el servicio de impresión se brinda en diferentes calidades de material (Papel autocopiativo, papel bond, 60g, 75g y 80g, cartulinas etc.) toda impresión debe ser de acuerdo al, mismo material que se adjunta en modelo.

8. PLAZO DE ENTREGA:

El plazo de entrega será de 35 días calendarios. A partir del día siguiente del contrato de servicio, en concordancia con lo establecido en el expediente.

Los formatos de Impresión se entregarán en forma total.

9. GARANTÍA COMERCIAL

El contratista deberá garantizar que todo Servicio sean de calidad, asimismo, deberán estar correctamente embalados para su protección, asegurando el perfecto estado de conservación durante su traslado y almacenaje.

La garantía debe ser emitida por el postor, la entidad comunicará por escrito al postor cualquier reclamo con cargo a esta garantía; al recibir la notificación el postor reemplazará con la mayor rapidez posible los Formatos de historias clínicas defectuosos; asimismo coordinará con el área usuaria el tiempo que demorará el reemplazo tres (03) días. Los gastos en que incurra el postor correrán por su cuenta, el postor mediante declaración jurada acreditará la presente garantía y mencionará el tiempo máximo de reposición.

10. LUGAR DE ENTREGA – RECEPCIÓN

La entrega se realizará en el Almacén Central de la Red de Servicios de Salud Cusco Norte, JR. 21 DE MAYO S/N BELENPAMPA - SANTIAGO-CUSCO (Centro Salud de Belepampa).



Jirón 21 de Mayo N°128 Belenpampa-Santiago-Cusco- Telefono 084-237953
<https://www.redcusconorte.gob.pe>
epicusconorte@renace.dge.gob.pe



GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



"Cusco Capital Histórica del Perú"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

El Cumplimiento de la calidad ofertada y gramaje solicitado para el servicio de Impresión serán verificados y comprobados en el momento de Recepción.

11. REPOSICIÓN DEL SERVICIO DEFECTUOSO

Los Servicios requeridos que no se encuentren en óptimas condiciones para su uso, o que presentan defectos, rupturas y otros, deberán ser repuestos en un plazo no mayor a los cinco (5) días calendario contados a partir del día siguiente de recepcionado la notificación.

12. COMFORMIDAD DE SERVICIOS:

La Conformidad de Servicio será emitida por la parte usuaria la Dirección Atención Integral de Salud de la RSSCN (DAIS), de acuerdo al cumplimiento del servicio solicitado.

13. EMBALAJE Y/O ROTULADO

Los **diferentes formatos de historia clínica**, deberán estar debidamente embaladas cada 50 unidades, a fin de que lleguen en perfectas condiciones, siendo total responsabilidad del contratista

El embalaje consiste en bolsas especiales selladas y caja que aislen el material de la humedad y contaminación.

El embalaje puede presentar las condiciones descritas anteriormente o pueden ser mejores según lo recomendado por el proveedor y que asegure el correcto traslado.

14. REQUISITOS DEL PROVEEDOR

- RNP
- Persona natural o jurídica que cumpla con condiciones para ser proveedor de una institución del Estado.
- Experiencia en el rubro.

15. FORMA DE PAGO:

El pago se realizará en Moneda Nacional, una vez recibido y recepcionado será firmada por el responsable de Almacén, **Pago Único, previa conformidad del área usuaria.**

15. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA:

El contratista de bienes y servicios, el contratista es responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos por un plazo no menor de un (01) año, contando a partir del día siguiente de la conformidad otorgada establecida al Art.40 "ley de contrataciones del Estado"

16. PENALIDADES:

Si el proveedor no cumple con la entrega de los Formatos de Historias Clínicas dentro del plazo estipulado en la Orden de Servicio, la entidad le aplicara una penalidad por cada día de retraso, hasta por un monto equivalente al 10% del monto de contratación. La penalidad se aplicará



Jirón 21 de Mayo N°128 Belenpampa-Santiago-Cusco- Telefono 084-237953

<https://www.redcusconorte.gob.pe>
epicusconorte@renace.dge.gob.pe



GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



"Cusco Capital Histórica del Perú"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

automáticamente y se calculará de acuerdo al Art. 161 y 162 del Reglamento de ley de contrataciones del Estado.

17. DISPOSICIONES FINALES

Todos los aspectos del presente requerimiento no contemplados en los términos de referencia se regirán por la ley de contrataciones del estado y su reglamento, así como las disposiciones legales vigentes aplicables a la presente contratación.

18. RESUMEN DEL PRESUPUESTO REQUERIDO:

- **Fuente de Financiamiento:** Donaciones y Transferencias
- **Específicas de Gasto:** 23. 27.11.6
- **Meta:** 010,018,127,130,131,163,

19. **CLÁUSULA ANTI CORRUPCIÓN.** Las partes acuerdan que durante la vigencia y de forma indefinida después de finalizado el presente contrato, cumplirán y adoptarán medidas razonables para asegurarse que sus accionistas, directivos, ejecutivos, empleados, contratistas, subcontratistas, agentes u otros terceros sujetos a su control o a su influencia determinante, cumplan con las disposiciones.

20. CLÁUSULA ANTISOBORNO

i. El contratista declara conocer los compromisos antisoborno del OSCE, el cual se establece en su Política del Sistema Integrado de Gestión y se encuentra disponible en el portal web del OSCE: (<https://www.gob.pe/institucion/osce/campa%C3%B1as/1861-politica-delsistemaintegrado-degestion-del-osce>) ii. El contratista declara no haber, directa o indirectamente, ofrecido, negociado o efectuado pago o, en general, entregado beneficio o incentivo ilegal en relación al servicio a prestarse o bien a proporcionarse. En línea con ello, se compromete a actual en todo momento con integridad, a abstenerse de ofrecer, dar o prometer, regalo u objeto alguno a cambio de cualquier beneficio, percibido de manera directa o indirecta; a cualquier miembro del Consejo Directivo, funcionarios públicos, empleados de confianza, servidores públicos; así como a terceros que tengan participación directa o indirecta en la determinación de las características técnicas y/o valor referencial o valor estimado, elaboración de documentos del procedimiento de selección, calificación y evaluación de oferta, y la conformidad de los contratos derivados de dicho procedimiento. iii. El contratista se compromete a denunciar, en base de una creencia razonable o de buena fe cualquier intento de soborno, supuesto o real, que tuviera conocimiento a través del canal de denuncias de soborno ubicado en el portal web del OSCE (<https://apps.osce.gob.pe/anticorrupcion-denuncia/>)

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
Dirección Regional de Salud Cusco
Red de Servicios de Salud Cusco Norte
Lic. Fabiana Yanchi C. Mapiñas
P.E. DE BARRIALENICAS Y ZOGONSI
CER. 17854



Jirón 21 de Mayo N°128 Belenpampa-Santiago-Cusco- Telefono 084-237953
<https://www.redcusconorte.gob.pe>
epicusconorte@renace.dge.gob.pe

FORMATO N°1



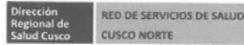
FILIACIÓN INTEGRAL DE SALUD	
Establecimiento de Salud:	N° de Historia Clínica
Cód. Afiliación SIS u otro Seguro.	

DATOS GENERALES			
Apellidos	Nombres	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad: <input type="text"/>
Lugar de Nacimiento:		Domicilio/Referencia	F Nac: <input type="text"/>
Grado de Instrucción		Centro Educativo	CUI/DNI
Nombre y Apellidos de la Madre o Padre o Tutor		Estado Civil	Religión
Grado de Instrucción		Ocupación	Religión
Nombre y Apellidos de la Madre o Padre o Tutor		Estado Civil	Religión
Grado de Instrucción		Ocupación	Religión

I. Antecedentes Personales: Antecedentes Perinatales: Embarazo Normal <input type="checkbox"/> Complicado <input type="checkbox"/> Patología(s) durante la gestación: <input type="text"/> N° de embarazo <input type="text"/> Atención Prenatal: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° APN <input type="text"/> Lugar de APN <input type="text"/> 1.2 Parto: Parto Eutócico <input type="checkbox"/> Complicado <input type="checkbox"/> Complicaciones del parto <input type="text"/> Lugar del parto: EESS <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Consult. Partic. <input type="checkbox"/> Atendido por: Profesional de Salud <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input type="text"/> Vivienda/Saneamiento Básico: Agua potable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/> Desague Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	1.3 Nacimiento Edad Gest. al nacer (sem): <input type="text"/> Peso al nacer (gr): <input type="text"/> Talla al nacer (cm): <input type="text"/> Perímetro cefálico: <input type="text"/> Perímetro Torácico: <input type="text"/> Respiración y llanto al nacer: Inmediato Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> APGAR 1 min Si <input type="checkbox"/> 5 m Si <input type="checkbox"/> Reanimación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Patología Neonatal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique: <input type="text"/>	3. Patológicos <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>si</th> <th>no</th> </tr> <tr><td>TBC</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>SOBA / Asma</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Epilepsia</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Infecciones</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hospitalizaciones</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Transfusiones sang.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cirugía</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Alergia a medicamentos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otros antec.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> Especifique: <input type="text"/>		si	no	TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOBA / Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusiones sang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros antec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
	si	no																																																				
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
SOBA / Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Transfusiones sang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Alergia a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Otros antec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
II. Antecedentes Familiares <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Quién</th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr><td>Tuberculosis</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ASMA</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>VIH-SIDA</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Epilepsia</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Alergia a medicinas</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Violencia familiar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Alcoholismo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Drogadicción</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hepat.B</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Padre(P), Madre(M), Hno(H)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Abuelo(a)(A), Otro(O)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> Tamizaje Neonatal <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				Quién	Si	No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH-SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violencia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepat.B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padre(P), Madre(M), Hno(H)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuelo(a)(A), Otro(O)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quién	Si	No																																																			
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
VIH-SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Alergia a medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Violencia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Hepat.B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Padre(P), Madre(M), Hno(H)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Abuelo(a)(A), Otro(O)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			

		PLAN DE ATENCIÓN																						
Inmunizaciones	BCG	HVB	IPV			APO		Pentavalente			Rotavirus		Neumococo			Influenza		SPR		Variosal	HVA	AMA	DPT	
			1º	2º	3º	1ºR	2ºR	1º	2º	3º	1º	2º	1º	2º	3º	1º	2º	1º	2º				1º R	2º R
Control de crecimiento y desarrollo	RN																							
	Menor de 01 año																							
	1 año																							
	2 años																							
		1º	2º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	1º	2º		
		3º	4º	3 años				4 años				1º	2º	3º	4º	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11												
Descarte de anemia	Dosaje de Hb a																							
Descarte de parasitosis	Examen Seriado																							
	Graham																							
ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES	Hierro																							
	Vitamina A																							
	Otros																							
Visita Familiar Integral																								
Sesiones Educativas																								
Sesiones Demostrativas																								

0422



FICHA DE TAMIZAJE VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL

Lea al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña.

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a las personas, en todas las oportunidades de contacto, si están en esta situación, para participar con ellos en la solución de sus problemas, por favor conteste a las preguntas:

Pregunte:

Al adulto (a)

¿Alguna vez ún miembro de su familia lo insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	¿Quién?	_____		

Al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña

¿Su hijo es muy desobediente?	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

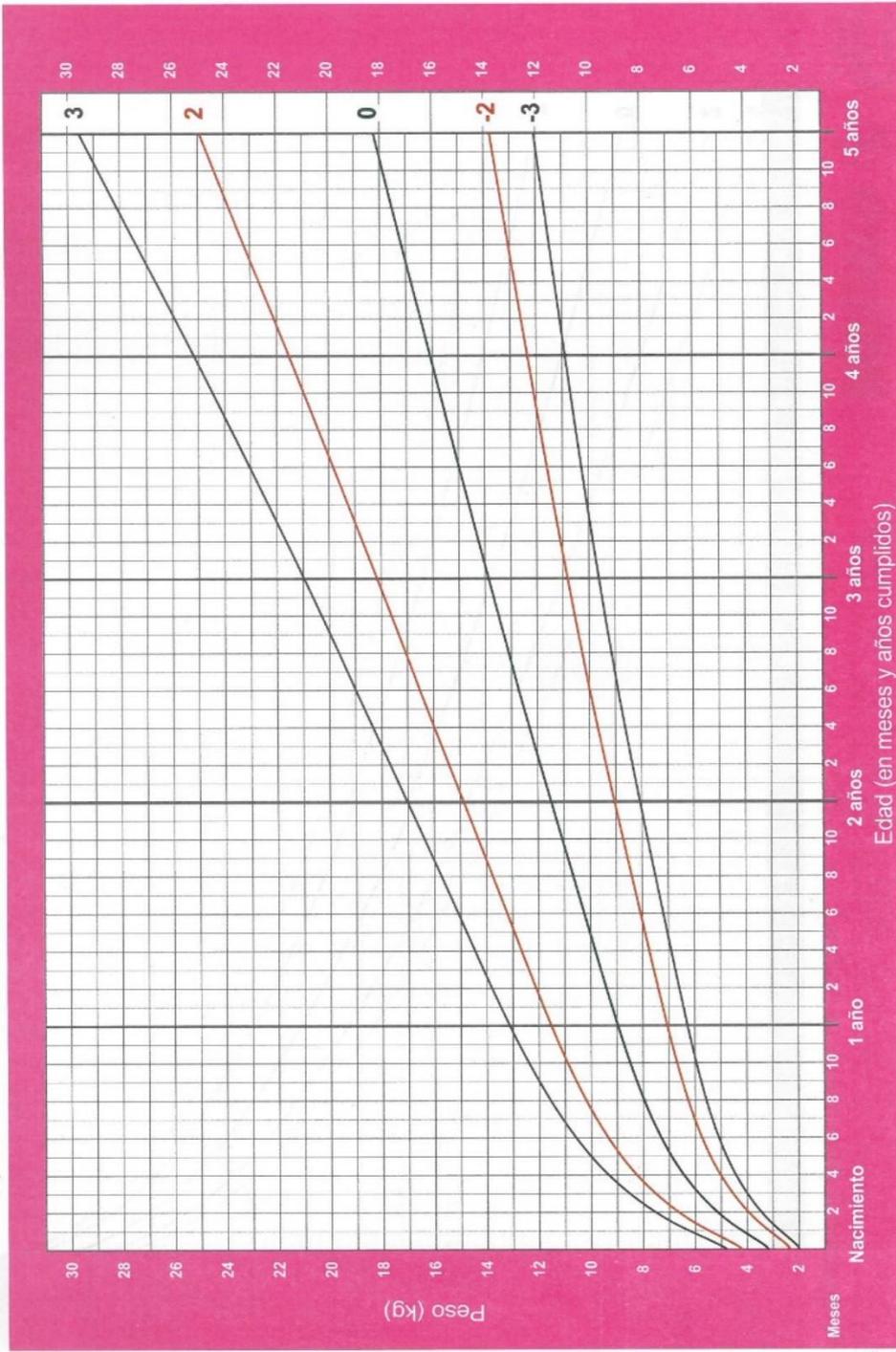
Marque con (X), todos los indicadores de maltrato que observe...

FÍSICO	SEXUALES	NEGLIGENCIA
<input type="checkbox"/> Hematomas contusiones inexplicables.	<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños).	<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras	<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.	<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.
<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables.	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual.	<input type="checkbox"/> Accidentes o enfermedades muy frecuentes.
<input type="checkbox"/> Marcas de mordeduras		<input type="checkbox"/> Descuido en higiene o aliño.
<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto etc,		<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo.
<input type="checkbox"/> Laceraciones en la boca, mejillas, ojos etc.		<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre
<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño)	<input type="checkbox"/> Llanto frecuente	
<input type="checkbox"/> Problemas en apetito	<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.	
<input type="checkbox"/> Enuresis (niños)	<input type="checkbox"/> Demanda excesiva de atención.	
PSICOLÓGICO	<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.	
<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo	<input type="checkbox"/> Tartamudeo	
<input type="checkbox"/> Tristeza depresión o angustia.	<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar.	
<input type="checkbox"/> Retraimiento	<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.	
	<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar	
	<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.	
	<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico.	
	<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas.	
	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio	

Adaptado de "Normas y Procedimientos para la Atención a la Violencia y el Maltrato Infantil" -MINS- 2000.

Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

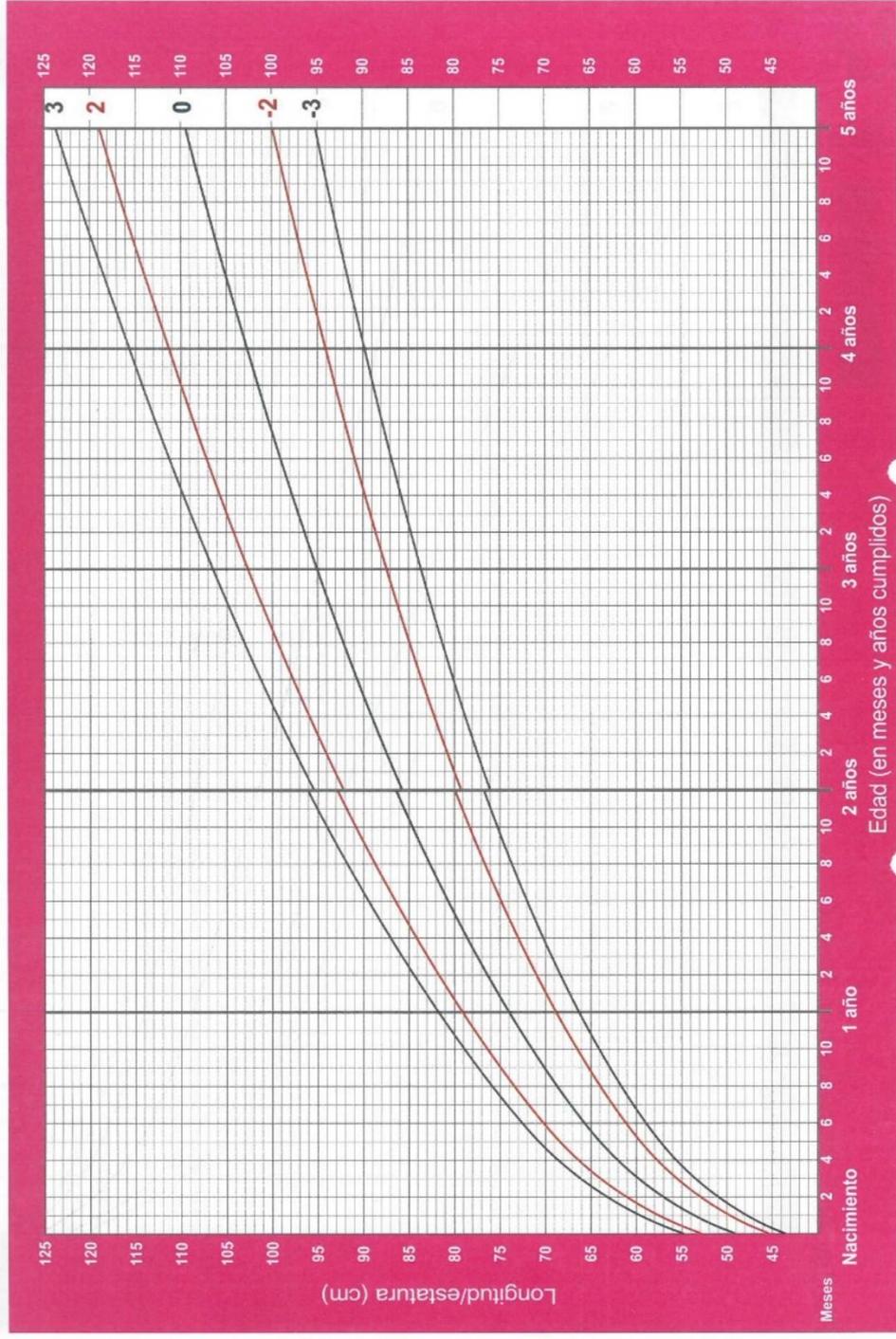


Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

0431

Longitud/estatura para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Peso para la longitud Niñas

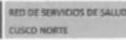
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

0430

PERCENTILES SELECCIONADOS DE PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD EN NIÑAS									
EDAD			PERCENTILES (PERÍMETRO CEFÁLICO EN CENTÍMETROS)						
SEMANAS	MESES	AÑOS	3	10	25	50	75	90	97
0			31,7	32,4	33,1	33,9	34,7	35,4	36,1
1			32,4	33,1	33,8	34,6	35,3	36,0	36,7
2			33,1	33,8	34,5	35,2	36,0	36,7	37,4
3			33,7	34,4	35,1	35,8	36,6	37,3	38,0
4			34,2	34,9	35,6	36,4	37,2	37,9	38,6
5			34,6	35,3	36,1	36,8	37,6	38,4	39,1
6			35,0	35,7	36,5	37,3	38,1	38,8	39,5
7			35,4	36,1	36,9	37,7	38,5	39,2	39,9
8			35,7	36,5	37,2	38,0	38,8	39,6	40,3
9			36,1	36,8	37,5	38,4	39,2	39,9	40,6
10			36,4	37,1	37,8	38,7	39,5	40,2	41,0
11			36,7	37,4	38,1	39,0	39,8	40,5	41,3
12			36,9	37,7	38,4	39,3	40,1	40,8	41,6
13	3		37,2	37,9	38,7	39,5	40,4	41,1	41,9
	4		38,2	39,0	39,7	40,6	41,4	42,2	43,0
	5		39,0	39,8	40,6	41,5	42,3	43,1	43,9
	6		39,7	40,5	41,3	42,2	43,1	43,9	44,6
	7		40,4	41,1	41,9	42,8	43,7	44,5	45,3
	8		40,9	41,7	42,5	43,4	44,3	45,1	45,9
	9		41,3	42,1	42,9	43,8	44,7	45,5	46,3
	10		41,7	42,5	43,3	44,2	45,1	46,0	46,8
	11		42,0	42,9	43,7	44,6	45,5	46,3	47,1
	12	1	42,3	43,2	44,0	44,9	45,8	46,6	47,5
	13		42,6	43,4	44,3	45,2	46,1	46,9	47,7
	14		42,9	43,7	44,5	45,4	46,3	47,2	48,0
	15		43,1	43,9	44,7	45,7	46,6	47,4	48,2
	16		43,3	44,1	44,9	45,9	46,8	47,6	48,5
	17		43,5	44,3	45,1	46,1	47,0	47,8	48,7
	18		43,6	44,5	45,3	46,2	47,2	48,0	48,8
	19		43,8	44,6	45,5	46,4	47,3	48,2	49,0
	20		44,0	44,8	45,6	46,6	47,5	48,4	49,2
	21		44,1	45,0	45,8	46,7	47,7	48,5	49,4
	22		44,3	45,1	46,0	46,9	47,8	48,7	49,5
	23		44,4	45,3	46,1	47,0	48,0	48,8	49,7
	24	2	44,6	45,4	46,2	47,2	48,1	49,0	49,8
	25		44,7	45,5	46,4	47,3	48,3	49,1	49,9
	26		44,8	45,7	46,5	47,5	48,4	49,2	50,1
	27		44,9	45,8	46,6	47,6	48,5	49,4	50,2
	28		45,1	45,9	46,8	47,7	48,7	49,5	50,3
	29		45,2	46,0	46,9	47,8	48,8	49,6	50,5
	30		45,3	46,1	47,0	47,9	48,9	49,7	50,6
	31		45,4	46,2	47,1	48,0	49,0	49,8	50,7
	32		45,5	46,3	47,2	48,1	49,1	49,9	50,8
	33		45,6	46,4	47,3	48,2	49,2	50,0	50,9
	34		45,7	46,5	47,4	48,3	49,3	50,1	51,0
	35		45,8	46,6	47,5	48,4	49,4	50,2	51,1
	36	3	45,9	46,7	47,6	48,5	49,5	50,3	51,2
	37		45,9	46,8	47,6	48,6	49,5	50,4	51,3
	38		46,0	46,9	47,7	48,7	49,6	50,5	51,3
	39		46,1	46,9	47,8	48,7	49,7	50,6	51,4
	40		46,2	47,0	47,9	48,8	49,8	50,6	51,5
	41		46,2	47,1	47,9	48,9	49,8	50,7	51,6
	42		46,3	47,1	48,0	49,0	49,9	50,8	51,6
	43		46,4	47,2	48,1	49,0	50,0	50,8	51,7
	44		46,4	47,3	48,1	49,1	50,1	50,9	51,8
	45		46,5	47,3	48,2	49,2	50,1	51,0	51,8
	46		46,5	47,4	48,3	49,2	50,2	51,0	51,9
	47		46,6	47,5	48,3	49,3	50,2	51,1	51,9
	48	4	46,7	47,5	48,4	49,3	50,3	51,2	52,0
	49		46,7	47,6	48,4	49,4	50,3	51,2	52,1
	50		46,8	47,6	48,5	49,4	50,4	51,3	52,1
	51		46,8	47,7	48,5	49,5	50,5	51,3	52,2
	52		46,9	47,7	48,6	49,5	50,5	51,4	52,2
	53		46,9	47,8	48,6	49,6	50,6	51,4	52,3
	54		47,0	47,8	48,7	49,6	50,6	51,5	52,3
	55		47,0	47,9	48,7	49,7	50,7	51,5	52,4
	56		47,1	47,9	48,8	49,7	50,7	51,6	52,4
	57		47,1	48,0	48,8	49,8	50,7	51,6	52,5
	58		47,2	48,0	48,9	49,8	50,8	51,7	52,5
	59		47,2	48,1	48,9	49,9	50,8	51,7	52,6
	60	5	47,2	48,1	49,0	49,9	50,9	51,7	52,6



ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP) 0-4 AÑOS

EDAD	ITEM	PUNTAJE EEDP	PAUTA BREVE	
			N	R
1 MES	1 (S)	6 C/U		
	2 (L)			
	3 (M)			
	4 (C)			
	5 (M)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
2 MESES	6 (S)	6 C/U		
	7 (SL)			
	8 (CS)			
	9 (M)			
	10 (L)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
3 MESES	11 (S)	6 C/U		
	12 (CL)			
	13 (C)			
	14 (M)			
	15 (L)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
4 MESES	16 (C)	6 C/U		
	17 (CL)			
	18 (M)			
	19 (M)			
	20 (SL)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
5 MESES	21 (SL)	6 C/U		
	22 (C)			
	23 (C)			
	24 (M)			
	25 (M)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
6 MESES	26 (M)	6 C/U		
	27 (C)			
	28 (C)			
	29 (C)			
	30 (SL)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
7 MESES	31 (M)	6 C/U		
	32 (C)			
	33 (L)			
	34 (S)			
	35 (C)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
8 MESES	36 (M)	6 C/U		
	37 (M)			
	38 (M)			
	39 (C)			
	40 (L)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
9 MESES	41 (M)	6 C/U		
	42 (M)			
	43 (C)			
	44 (C)			
	45 (SL)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
10 MESES	46 (C)	6 C/U		
	47 (S)			
	48 (C)			
	49 (C)			
	50 (SL)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
12 MESES	51 (M)	12 C/U		
	52 (C)			
	53 (M)			
	54 (SL)			
	55 (L)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
15 MESES	56 (M)	18 C/U		
	57 (C)			
	58 (C)			
	59 (C)			
	60 (L)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	

049

N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR						
18 MESES	61 (SL)	Muestra sus zapatos	18 C/U						
	62 (M)	Camina varios pasos hacia el lado							
	63 (M)	Camina varios pasos hacia atrás							
	64 (C)	Retira inmediatamente la pastilla de la botella							
	65 (C)	Atrae el cubo con el palo							
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	N	R				
21 MESES	66 (L)	Nombra un objeto de los cuatro presentados	18 C/U						
	67 (L)	Imita tres palabras en el momento del examen							
	68 (C)	Construye una torre con tres cubos							
	69 (L)	Dice al menos seis palabras*							
	70 (SL)	Usa palabras para comunicar deseos*							
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	N	R				
24 MESES	71 (M)	Se para en un pie con ayuda							
	72 (L)	Nombra dos objetos de los cuatro presentados							
	73 (S)	Ayuda en tareas simples*							
	74 (L)	Apunta cuatro o mas partes de la muñeca							
	75 (C)	Construye torre de cinco cubos							
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	N	R				
3 AÑOS	76 (L)	Nombra animales (de ocho menciona seis)		1° Ctl.	2° Ctl.	1° Ctl.	2° Ctl.		
	77 (L)	Nombra, colorea (rojo, azul, amarillo)							
	78 (M)	Copia una cruz							
	79 (C)	Construye una torre de ocho cubos							
	80 (M)	Se para con un pie 10 segundos o más							
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	N	R				
4 AÑOS	81 (L)	Verbaliza su nombre y apellido		1° Ctl.	2° Ctl.	1° Ctl.	2° Ctl.		
	82 (L)	Conoce la utilidad de los objetos (cuchara, lápiz, tijera, jabón)							
	83 (C)	Copia un círculo							
	84 (C)	Abotona y desabotona (usar estuche)							
	85 (M)	Camina en punta de pie seis pasos o más							
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR						
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR						

* Pregunta a la madre

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP)

RESULTADOS	Fecha	Edad cronológica	Edad cronológica	Edad mental	EM/EC Coeficiente	Desarrollo Psicomotor	Desarrollo Psicomotor	Nombre del examinador

Perfil desarrollo psicomotor

Edad en meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24						
Coordinación	4	8	12	16	22	27	32	39	43	46	48	52	57	58	64	68	75				
Social	1	6	7	8	11	20	21	30	34	45	47	50	54	61	70	73					
Lenguaje	2	7	10	12	15	17	20	21	30	33	40	45	50	54	55	60	61	66	69	72	74
Motora	3	5	9	14	18	19	24	25	26	31	36	37	38	41	42	51	53	56	62	63	71

PROTOCOLO TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2 - 5 Años: TEPESI (Haeusler y Marchant 1985)

Edad años meses días

Resultado Test Total

Puntaje Bruto

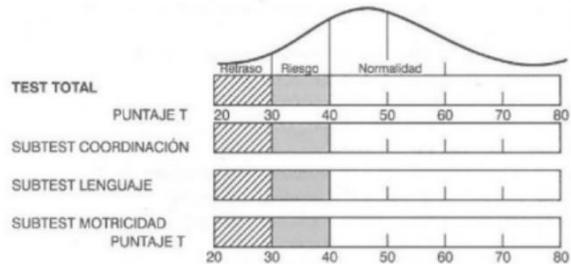
Puntaje T

Categoría Normal > ó = 40 Ptos.
 Riesgo 30 - 39 Ptos.
 Retraso < ó = 29 Ptos.

Resultado Subtests

	Puntaje Bruto	Puntaje T	Categoría
Coordinación
Lenguaje
Motricidad

PERFIL TEPESI



FECHA: / /

NOMBRE DEL EXAMINADOR:

I. SUBTEST COORDINACIÓN

()	1	C	Traslada agua de un vaso a otro sin derramar (dos vasos)
()	2	C	Construye un puente con tres cubos modelo presente (seis cubos)
()	3	C	Construye una torre de 8 ó más cubos (doce cubos)
()	4	C	Desabotona (Estuche)
()	5	C	Abolona (Estuche)
()	6	C	Enhebra una aguja (aguja de lana; hilo)
()	7	C	Desata cordones (tablero c/cordón)
()	8	C	Copia una línea recta (Lam. 1; reverso hoja reg.)
()	9	C	Copia círculo (Lam. 2; lápiz; reverso hoja reg.)
()	10	C	Copia una cruz (Lam. 3; lápiz; reverso hoja reg.)
()	11	C	Copia un triángulo (Lam. 4; lápiz; reverso hoja reg.)
()	12	C	Copia un cuadrado (Lam. 5; lápiz; reverso hoja reg.)
()	13	C	Dibuja 9 ó más partes de una figura humana (lápiz; reverso hoja reg.)
()	14	C	Dibuja 6 ó más partes de una figura humana (lápiz; reverso hoja reg.)
()	15	C	Dibuja 3 ó más partes de una figura humana (lápiz; reverso hoja reg.)
()	16	C	Ordena por tamaño (Tablero; barras)

TOTAL SUBTEST COORDINACIÓN: PB

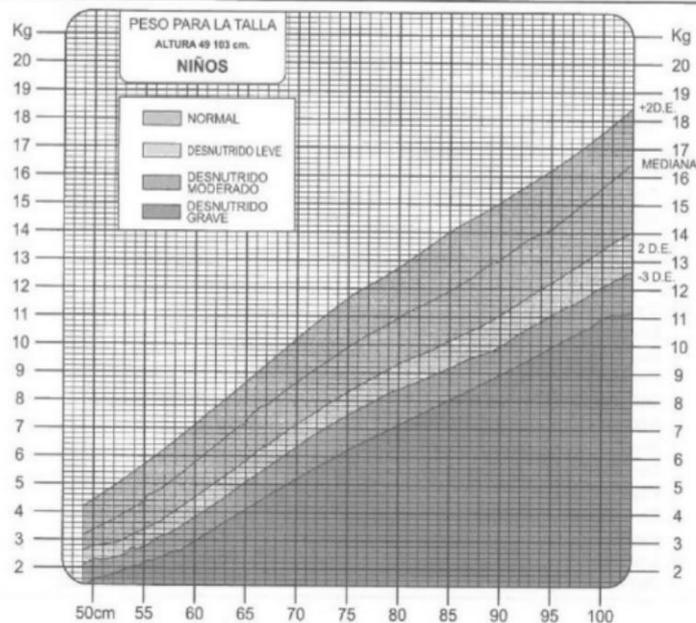
II. SUBTEST LENGUAJE

()	1	L	Reconoce grande y chico (Lam. 6)	Grande	Chico		
()	2	L	Reconoce más y menos (Lam. 7)	Más	Menos		
()	3	L	Nombra animales (Lam. 8)	Gato	Perro	Chancho	Pato
()				Paloma	Oveja	Tortuga	Gallina
()	4	L	Nombra Objetos (Lam. 9)	Paraguas	Vela	Escoba	Tetera
()				Zapatos	Reloj	SERRUCHO	Taza
()	5	L	Reconoce largo y corto (Lam. 1)				
()	6	L	Verbaliza acciones (Lam. 11)	Cortando	Saltando		
()				Planchando	Comiendo		
()	7	L	Conoce la utilidad de objetos	Cuchara	Lápiz	Jabón	
()				Escoba	Cama	Tijera	
()	8	L	Discrimina pesado y liviano (Bolsas con arena y esponja)	Pesado	Liviano		
()	9	L	Verbaliza su nombre y apellido	Nombre	Apellido		
()	10	L	Identifica sexo				
()	11	L	Conoce el nombre de sus padres	Papá	Mamá		
()	12	L	Da respuestas coherentes a situaciones planteadas	Hambre	cansado	frio	
()	13	L	Comprende preposiciones (Lápiz)	Detrás	sobre	debajo	

()	14 L	Razona por analogías opuestas Hielo Ratón Mamá
()	15 L	Nombra Colores (Papel lustre azul, amarillo, rojo) Azul Amarillo Rojo
()	16 L	Señala Colores (Papel lustre azul, amarillo, rojo) Amarillo Azul Rojo
()	17 L	Nombra Figuras Geométricas (Lam. 12) ○ □ △
()	18 L	Señala Figuras Geométricas (Lam. 12) ○ □ △
()	19 L	Describe escenas (Lam. 13 y 14) 13 14
()	20 L	Reconoce absurdos (Lam. 15)
()	21 L	Usa plurales (Lam. 16)
()	22 L	Reconoce antes y después (Lam. 17) Antes Después
()	23 L	Define palabras Manzana Pelota Zapato Abrigo
()	24 L	Nombra características de objetos (Pelota, globo inflado, bolsa, arena) Pelota Globo inflado Bolsa
		TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB

III. SUBTEST MOTRICIDAD

()	1 M	Salta con los dos pies en el mismo lugar.
()	2 M	Camina diez pasos llevando un vaso lleno de agua (Vaso lleno de agua)
()	3 M	Lanza una pelota en una dirección determinada (Pelota)
()	4 M	Se para en un pie sin apoyo 10 seg. ó más.
()	5 M	Se para en un pie sin apoyo 5 seg. ó más.
()	6 M	Se para en un pie sin apoyo 1 seg. ó más.
()	7 M	Camina en punta de pies seis ó más pasos.
()	8 M	Salta 20 cms. con los pies juntos (Hoja reg.)
()	9 M	Salta en un pie tres ó más veces sin apoyo.
()	10 M	Coge una pelota (Pelota).
()	11 M	Camina hacia adelante topando talón y punta.
()	12 M	Camina hacia atrás topando talón y punta.
		TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB



Instrumento de evaluación del desarrollo de la niña o niño de 0 a 30 meses
TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

FECHA:	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
ACTIVIDAD																	
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO																	
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO ROTACIONES																	
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO EN MARCHA																	
USO DEL BRAZO Y MANO																	
VISION																	
AUDICION																	
LENGUAJE COMPRESIVO																	
LENGUAJE EXPRESIVO																	
COMPORTAMIENTO SOCIAL																	
ALIMENTACION VESTIDO E HIGIENE																	
JUEGO																	
INTELIGENCIA Y APRENDIZAJE																	
ACTIVIDAD																	
APellidos y Nombres:																	



RED DE SERVICIOS DE SALUD
 CUSCO NORTE

Dirección Regional de Salud
 CUSCO

Gobierno Regional
 CUSCO



EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA Y EL NIÑO

FECHA:	Rn	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m	14m	16m	18m	20m	22m	24m	27m	30m	33m	36m	39m	42m
EDAD:																									
1. ¿El niño está recibiendo Lactancia Materna? (Explorar)																									
2. ¿La técnica de LM es adecuada? (Explorar y observar)																									
3. ¿La frecuencia de LM es adecuada? (Explorar y evaluar)																									
4. ¿La niña o niño recibe leche no materna? (Explorar)																									
5. ¿El niño recibe aguitas? (Explorar)																									
6. ¿El niño recibe algún otro alimento? (Explorar)																									
7. ¿La consistencia de la preparación es adecuada según la edad? (Explorar)																									
8. ¿La cantidad de alimento es adecuada según la edad? (Explora																									
9. ¿La frecuencia de la alimentación es adecuada según la edad? (Explorar)																									
10. ¿Consume alimentos de origen animal? (Explorar)																									
11. ¿Consume frutas y verduras? (Explorar)																									
12. ¿Añade aceite, mantequilla o margarina a la comida del niño?																									
13. ¿La niña o niño recibe los alimentos en su propio plato?																									
14. ¿Añade sal yodada a la comida familiar?																									
16. ¿Es el niño beneficiario de algún Programa de Apoyo Social? Si () No () Especificar:																									
17. ¿Cuántos sobres de multivitaminas consumió en el mes?																									
OBSERVACIONES:																									

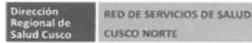
NOTA: Si alguna respuesta es negativa (NO), amerita una Consejo Nutricional



Dirección Regional de Salud Cusco
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE



CONSULTA									
Fecha:		Hora:		Edad:					
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)									
MENOR DE 2 MESES :									
No quiere mamar ni succiona	<input type="checkbox"/>	DE 2 MESES A 4 AÑOS :		PARA TODAS LAS EDADES :		IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO			
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	No puede beber o tomar el pecho	<input type="checkbox"/>	Emaciación visible grave	<input type="checkbox"/>	¿Quién cuida al niño? _____			
Fontanela abombada	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Piel vuelve muy lentamente	<input type="checkbox"/>	Participa el padre en el cuidado del niño?			
Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel	<input type="checkbox"/>	Letárgico o comatoso	<input type="checkbox"/>	Traumatismo / Quemaduras	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Fiebre o temperatura baja	<input type="checkbox"/>	Vomita todo	<input type="checkbox"/>	Envenenamiento	<input type="checkbox"/>	El niño recibe muestras de afecto?			
Rigidez de nuca	<input type="checkbox"/>	Estridor en reposo / tiraje subcostal	<input type="checkbox"/>	Palidez palmar intensa	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Pústulas muchas y extensas	<input type="checkbox"/>	No presenta signos <input type="checkbox"/>			Especifique _____				
Letárgico o comatoso	<input type="checkbox"/>								
ANAMNESIS									
1. Motivo de consulta:									
Tiempo de enfermedad: Forma de Inicio: Curso:									
Examen físico	Signos Vitales	Tª	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC	
Diagnóstico	1. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico			CIE 10	2. Condición del crecimiento y estado Nutricional		3. Condición del Desarrollo Psicomotor		
	1.				Crecimiento adecuado		Normal:		
	2.				Crecimiento inadecuado		Riesgo para el desarrollo.		
	3.				Riesgo Nutricional	P/E	T/E	P/T	Deficit del desarrollo según PB
	4.				Garancia inadecuada de peso o talla				Trastorno del Desarrollo:
	5.				Desnutrición				
	4. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.				Sobrepeso				
Tratamiento	1.				Obesidad			Observaciones:	
	2.								
	3.								
					Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño				
				Evaluación de ojos y visión	OD:		OT:		
				Tamizaje en salud Mental (VIF)					
Exámenes Auxiliares	Referencia (lugar y motivo)								
Proxima cita:				Atendido por:					
Observación:	Firma y Sello			Colegio profesional DNI					
APELLIDOS Y NOMBRE: 0426 N° DE HISTORIA CLÍNICA									



CONSULTA											
Fecha:		Hora:		Edad:							
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)											
MENOR DE 2 MESES :		DE 2 MESES A 4 AÑOS :		PARA TODAS LAS EDADES :			IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO				
No quiere mamar ni succiona	<input type="checkbox"/>	No puede beber o tomar el pecho	<input type="checkbox"/>	Emaciación visible grave	<input type="checkbox"/>	Quién cuida al niño?	<input type="checkbox"/>				
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Piel vuelve muy lentamente	<input type="checkbox"/>	Participa el padre en el cuidado del niño?	<input type="checkbox"/>				
Fontanela abombada	<input type="checkbox"/>	Letárgico o comatoso	<input type="checkbox"/>	Traumatismo / Quemaduras	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel	<input type="checkbox"/>	Vomita todo	<input type="checkbox"/>	Envenenamiento	<input type="checkbox"/>	El niño recibe muestras de afecto?	<input type="checkbox"/>				
Fiebre o temperatura baja	<input type="checkbox"/>	Estridor en reposo / tiraje subcostal	<input type="checkbox"/>	Palidez palmar intensa	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Rigidez de nuca	<input type="checkbox"/>	No presenta signos <input type="checkbox"/>			Especifique _____						
Pústulas muchas y extensas	<input type="checkbox"/>										
Letárgico o comatoso	<input type="checkbox"/>										
ANAMNESIS											
1. Motivo de consulta:											
Tiempo de enfermedad: Forma de Inicio: Curso:											
Examen físico	Signos Vitales	Tº	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC			
Diagnóstico	1. Diagnóstico Nosológico o Sindrómico			CIE 10	2. Condición del crecimiento y estado Nutricional			3. Condición del Desarrollo Psicomotor			
	1.				Crecimiento adecuado			Normal:			
	2.				Crecimiento inadecuado			Riesgo para el desarrollo.			
	3.				Riesgo Nutricional	P/E	T/E	P/T	Deficit del desarrollo según PB		
	4.				Ganancia inadecuada de peso o talla			Trastorno del Desarrollo:			
	5.				Desnutrición						
	4. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.				Sobrepeso						
1.				Obesidad			Observaciones:				
2.											
3.											
Tratamiento	Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño										
	Evaluación de ojos y visión				OD:					OI:	
	Tamizaje en salud Mental (VIF)										
Exámenes Auxiliares					Referencia (lugar y motivo)						
Proxima cita:				Atendido por:							
Observación:			Firma y Sello			Colegio profesional DNI					
APELLIDOS Y NOMBRE:					N° DE HISTORIA CLÍNICA						

FORMATO N°02

Gobierno Regional CUSCO
Dirección Regional de Salud Cusco

2

FILIACIÓN INTEGRAL DE SALUD

Establecimiento de Salud: _____ N° de Historia Clínica: _____

Cód. Afiliación SIS u otro Seguro: _____

DATOS GENERALES

Apellidos: _____ Nombres: _____ Sexo: M F Edad: _____

F Nac: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Domicilio/Referencia: _____ CUI/DNI: _____ G.S. Rh: _____

Grado de Instrucción: _____ Centro Educativo: _____ Teléfono: _____

Nombre y Apellidos de la Madre o Padre o Tutor: _____ Edad: _____ Identificación (DNI): _____ Cod. Afiliación: SIS () Otro ()

Grado de Instrucción: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Religión: _____

Nombre y Apellidos de la Madre o Padre o Tutor: _____ Edad: _____ Identificación (DNI): _____ Cod. Afiliación: SIS () Otro ()

Grado de Instrucción: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Religión: _____

I. Antecedentes Personales:

1. Antecedentes Perinatales:

Embarazo Normal Complicado

Patología(s) durante la gestación: _____

N° de embarazo: _____

Atención Prenatal: Si No N° APN: _____

Lugar de APN: _____

1.2 Parto:

Parto Eutócico Complicado

Complicaciones del parto: _____

Lugar del parto: EESS Domicilio Consult.Partic.

Atendido por: Profesional de Salud Técnico ACS Familiar Otro (especificar)

Vivienda/Saneamiento Básico: Agua potable Si No Especificar: _____

Desague Si No Especificar: _____

1.3 Nacimiento

Edad Gest. al nacer (sem): _____

Peso al nacer (gr): _____

Talla al nacer (cm): _____

Perímetro cefálico: _____

Perímetro Torácico: _____

Respiración y llanto al nacer: Inmediato Si No

APGAR 1 min 5 m

Reanimación Si No

Patología Neonatal Si No

Especifique: _____

Hospitalización Si No

Tiempo de hospitalización: _____

2. Alimentación

Primeros 6 meses: LME Mixta: Artificial

Inicio de Alimentación complementaria: _____

Suplemento de Fe < 2 años Si No

3. Patológicos

	si	no
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOBA / Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusiones sang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros antic.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especifique: _____

II. Antecedentes Familiares

	Quién	Si	No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH-SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violencia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepa.B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre(P),Madre(M),Hno(H)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo/a(A),Otro(O)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tamizaje Neonatal: _____

PLAN DE ATENCIÓN

Inmunizaciones	BCG	HVB	IPV			APO		Pentavalente			Rotavirus			Neumococo			Influenza		SPR		Varicela		HVA	AMA	DPT	
			1º	2º	3º	1ºR	2ºR	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	1º	1ºR	1º	1º		1ºR	2ºR	

Control de crecimiento y desarrollo	RN		Menor de 01 año											1 año		2 años										
	1º	2º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	1º	2º	1º	2º									
	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años											
	3 años	4 años	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años											

Descarte de anemia	Dosaje de Hb a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Descarte de parasitosis	Examen Seriado	Graham	Hierro	Vitamina A	Otros	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	

Visita Familiar Integral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Sesiones Educativas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Sesiones Demostrativas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

0439



Dirección Regional de Salud Cusco

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE



FICHA DE TAMIZAJE VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL

Lea al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña.

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a las personas, en todas las oportunidades de contacto, si están en esta situación, para participar con ellos en la solución de sus problemas, por favor conteste a las preguntas:

Pregunte:

Al adulto (a)

¿Alguna vez ún miembro de su familia lo insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?

Si

No

¿Quién? _____

Al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña

¿Su hijo es muy desobediente?
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?

Si

No

Marque con (X), todos los indicadores de maltrato que observe...

FÍSICO

- Hematomas contusiones inexplicables.
- Cicatrices, quemaduras
- Fracturas inexplicables.
- Marcas de mordeduras
- Lesiones de vulva, perineo, recto etc,
- Laceraciones en la boca, mejillas, ojos etc.
- Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño)
- Problemas en apetito
- Enuresis (niños)

PSICOLÓGICO

- Extrema falta de confianza en si mismo
- Tristeza depresión o angustia.
- Retraimiento

- Llanto frecuente
- Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.
- Demanda excesiva de atención.
- Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.
- Tartamudeo
- Temor a los padres o de llegar al hogar.
- Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.
- Ausentismo escolar
- Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.
- Bajo rendimiento académico.
- Aislamiento de personas.
- Intento de suicidio

SEXUALES

- Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños).
- Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
- Enfermedad de transmisión sexual.

NEGLIGENCIA

- Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
- No vacunas o atención de salud.
- Accidentes o enfermedades muy frecuentes.
- Descuido en higiene o aliño.
- Falta de estimulación del desarrollo.
- Fatiga, sueño, hambre

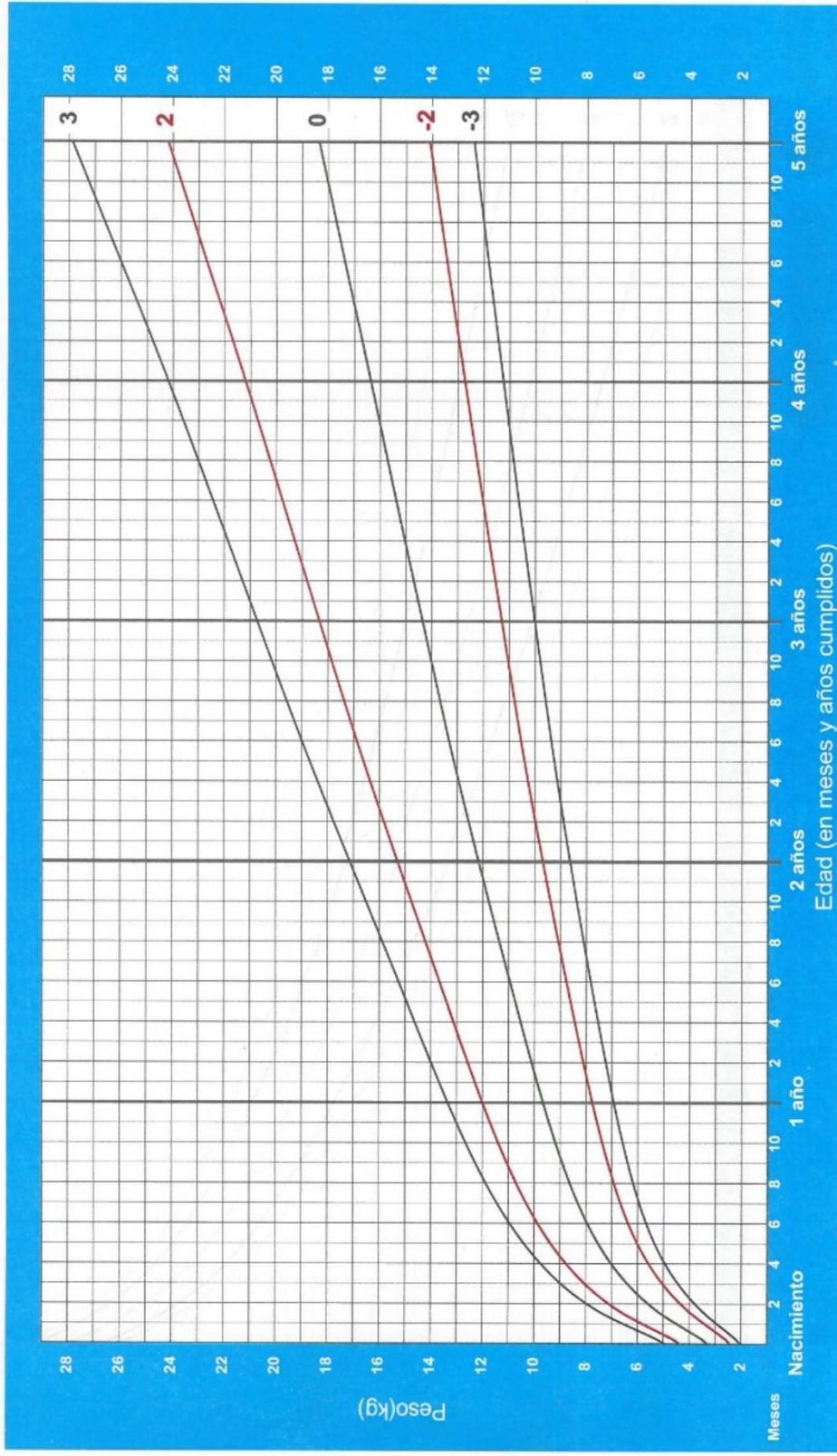
Adaptado de "Normas y Procedimientos para la Atención a la Violencia y el Maltrato Infantil" -MINSa- 2000.

Peso para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO NORTE
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

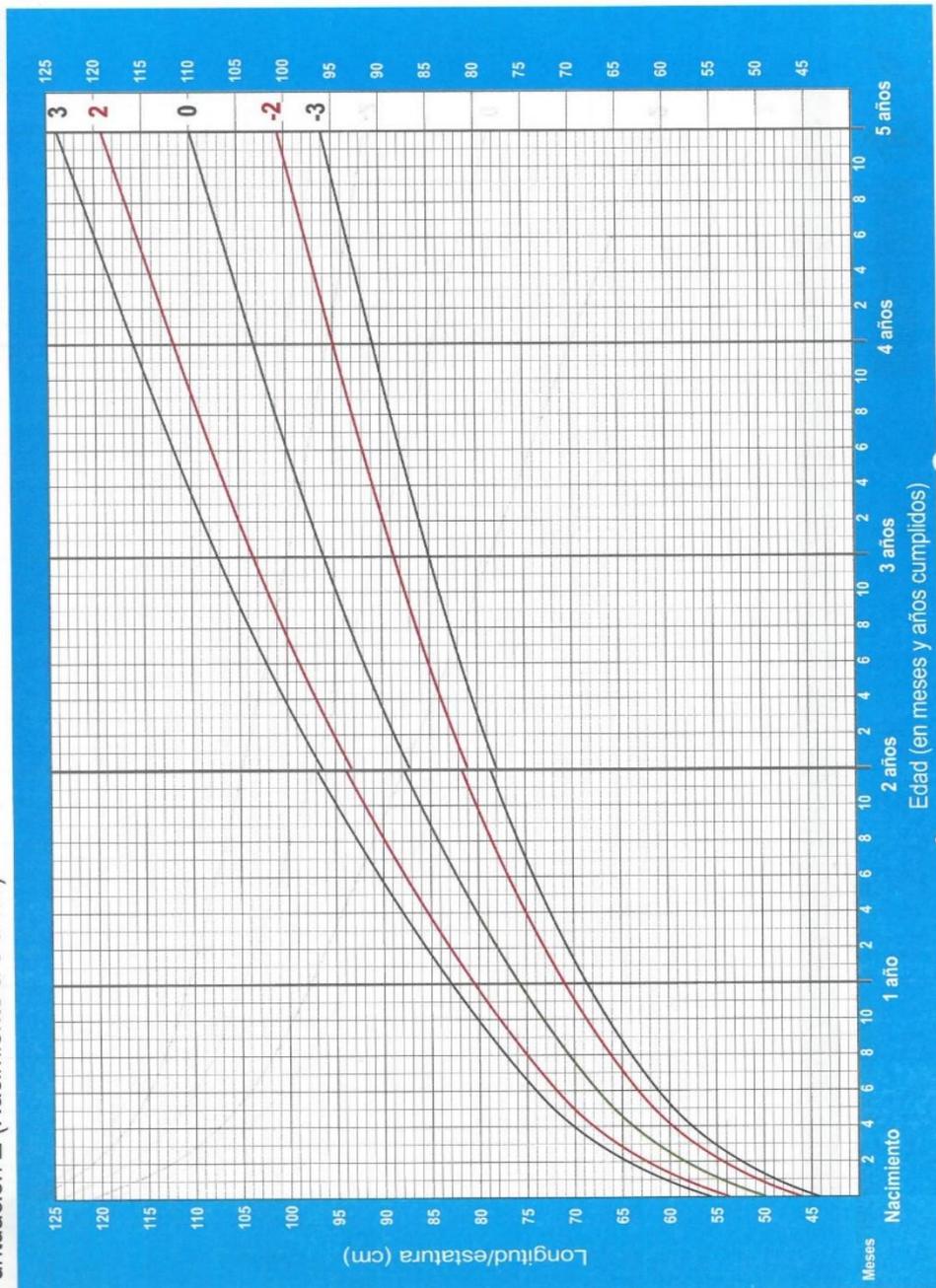
0408

Longitud/estatura para los Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Dirección Regional de Salud CUSCO NORTE
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE

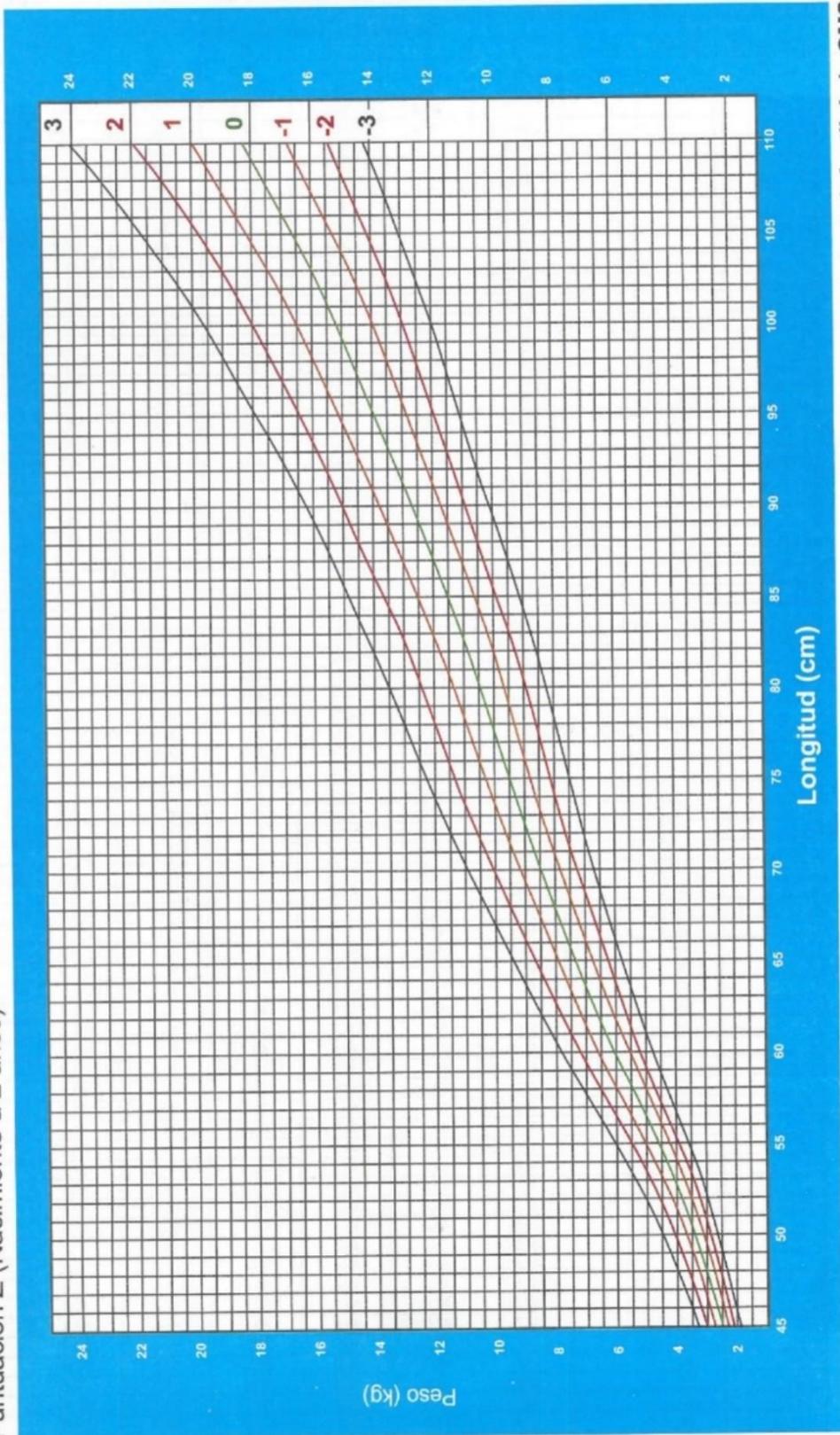


Patrones de Crecimiento infantil de la OMS



Peso para la longitud - Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

0437

PERCENTILES SELECCIONADOS DE PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD EN NIÑOS									
EDAD			PERCENTILES (PERÍMETRO CEFÁLICO EN CENTÍMETROS)						
SEMANAS	MESES	AÑOS	3	10	25	50	75	90	97
0			32,1	32,8	33,6	34,5	35,3	36,1	36,9
1			32,9	33,6	34,3	35,2	36,0	36,7	37,5
2			33,7	34,4	35,1	35,9	36,7	37,4	38,1
3			34,3	35,0	35,7	36,5	37,3	38,0	38,7
4			34,9	35,6	36,3	37,1	37,9	38,6	39,3
5			35,4	36,1	36,8	37,6	38,4	39,1	39,8
6			35,9	36,6	37,3	38,1	38,8	39,6	40,3
7			36,3	37,0	37,7	38,5	39,3	40,0	40,7
8			36,7	37,4	38,1	38,9	39,7	40,4	41,1
9			37,0	37,7	38,4	39,2	40,0	40,7	41,4
10			37,4	38,1	38,8	39,6	40,4	41,1	41,8
11			37,7	38,4	39,1	39,9	40,7	41,4	42,1
12			38,0	38,7	39,4	40,2	41,0	41,7	42,4
13	3		38,3	39,0	39,7	40,5	41,3	42,0	42,7
	4		39,4	40,1	40,8	41,6	42,4	43,2	43,9
	5		40,3	41,0	41,7	42,6	43,4	44,1	44,8
	6		41,0	41,8	42,5	43,3	44,2	44,9	45,6
	7		41,7	42,4	43,1	44,0	44,8	45,6	46,3
	8		42,2	42,9	43,7	44,5	45,4	46,1	46,9
	9		42,6	43,4	44,2	45,0	45,8	46,6	47,4
	10		43,0	43,8	44,6	45,4	46,3	47,0	47,8
	11		43,4	44,1	44,9	45,8	46,6	47,4	48,2
	12	1	43,6	44,4	45,2	46,1	46,9	47,7	48,5
	13		43,9	44,7	45,5	46,3	47,2	48,0	48,8
	14		44,1	44,9	45,7	46,6	47,5	48,3	49,0
	15		44,3	45,1	45,9	46,8	47,7	48,5	49,3
	16		44,5	45,3	46,1	47,0	47,9	48,7	49,5
	17		44,7	45,5	46,3	47,2	48,1	48,9	49,7
	18		44,9	45,7	46,5	47,4	48,3	49,1	49,9
	19		45,0	45,8	46,6	47,5	48,4	49,2	50,0
	20		45,2	46,0	46,8	47,7	48,6	49,4	50,2
	21		45,3	46,1	46,9	47,8	48,7	49,6	50,4
	22		45,4	46,3	47,1	48,0	48,9	49,7	50,5
	23		45,6	46,4	47,2	48,1	49,0	49,9	50,7
	24	2	45,7	46,5	47,3	48,3	49,2	50,0	50,8
	25		45,8	46,6	47,5	48,4	49,3	50,1	50,9
	26		45,9	46,7	47,6	48,5	49,4	50,3	51,1
	27		46,0	46,8	47,7	48,6	49,5	50,4	51,2
	28		46,1	47,0	47,8	48,7	49,7	50,5	51,3
	29		46,2	47,1	47,9	48,8	49,8	50,6	51,4
	30		46,3	47,1	48,0	48,9	49,9	50,7	51,6
	31		46,4	47,2	48,1	49,0	50,0	50,8	51,7
	32		46,5	47,3	48,2	49,1	50,1	50,9	51,8
	33		46,6	47,4	48,3	49,2	50,2	51,0	51,9
	34		46,6	47,5	48,3	49,3	50,3	51,1	52,0
	35		46,7	47,6	48,4	49,4	50,3	51,2	52,0
	36	3	46,8	47,6	48,5	49,5	50,4	51,3	52,1
	37		46,9	47,7	48,6	49,5	50,5	51,4	52,2
	38		46,9	47,8	48,6	49,6	50,6	51,4	52,3
	39		47,0	47,8	48,7	49,7	50,6	51,5	52,4
	40		47,0	47,9	48,8	49,7	50,7	51,6	52,4
	41		47,1	48,0	48,8	49,8	50,8	51,7	52,5
	42		47,2	48,0	48,9	49,9	50,8	51,7	52,6
	43		47,2	48,1	49,0	49,9	50,9	51,8	52,7
	44		47,3	48,1	49,0	50,0	51,0	51,9	52,7
	45		47,3	48,2	49,1	50,1	51,0	51,9	52,8
	46		47,4	48,2	49,1	50,1	51,1	52,0	52,8
	47		47,4	48,3	49,2	50,2	51,1	52,0	52,9
	48	4	47,5	48,3	49,2	50,2	51,2	52,1	53,0
	49		47,5	48,4	49,3	50,3	51,2	52,1	53,0
	50		47,5	48,4	49,3	50,3	51,3	52,2	53,1
	51		47,6	48,5	49,4	50,4	51,3	52,2	53,1
	52		47,6	48,5	49,4	50,4	51,4	52,3	53,2
	53		47,7	48,6	49,5	50,4	51,4	52,3	53,2
	54		47,7	48,6	49,5	50,5	51,5	52,4	53,3
	55		47,7	48,6	49,5	50,5	51,5	52,4	53,3
	56		47,8	48,7	49,6	50,6	51,6	52,5	53,4
	57		47,8	48,7	49,6	50,6	51,6	52,5	53,4
	58		47,9	48,8	49,7	50,7	51,7	52,6	53,5
	59		47,9	48,8	49,7	50,7	51,7	52,6	53,5
	60	5	47,9	48,8	49,7	50,7	51,7	52,7	53,5



ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP) 0-4 AÑOS

EDAD	ITEM	PUNTAJE EEDP	PAUTA BREVE	
			N	R
1 MES	1 (S)	6 C/U		
	2 (L)			
	3 (M)			
	4 (C)			
	5 (M)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
2 MESES	6 (S)	6 C/U		
	7 (SL)			
	8 (CS)			
	9 (M)			
	10 (L)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
3 MESES	11 (S)	6 C/U		
	12 (CL)			
	13 (C)			
	14 (M)			
	15 (L)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
4 MESES	16 (C)	6 C/U		
	17 (CL)			
	18 (M)			
	19 (M)			
	20 (SL)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
5 MESES	21 (SL)	6 C/U		
	22 (C)			
	23 (C)			
	24 (M)			
	25 (M)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
6 MESES	26 (M)	6 C/U		
	27 (C)			
	28 (C)			
	29 (C)			
	30 (SL)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
7 MESES	31 (M)	6 C/U		
	32 (C)			
	33 (L)			
	34 (S)			
	35 (C)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
8 MESES	36 (M)	6 C/U		
	37 (M)			
	38 (M)			
	39 (C)			
	40 (L)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
9 MESES	41 (M)	6 C/U		
	42 (M)			
	43 (C)			
	44 (C)			
	45 (SL)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
10 MESES	46 (C)	6 C/U		
	47 (S)			
	48 (C)			
	49 (C)			
	50 (SL)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
12 MESES	51 (M)	12 C/U		
	52 (C)			
	53 (M)			
	54 (SL)			
	55 (L)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	
15 MESES	56 (M)	18 C/U		
	57 (C)			
	58 (C)			
	59 (C)			
	60 (L)			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	

0426

N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR				
18 MESES	61 (SL)	Muestra sus zapatos	18 C/U				
	62 (M)	Camina varios pasos hacia el lado					
	63 (M)	Camina varios pasos hacia atrás					
	64 (C)	Retira inmediatamente la pastilla de la botella					
	65 (C)	Atrae el cubo con el palo					
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	N R			
21 MESES	66 (L)	Nombra un objeto de los cuatro presentados	18 C/U				
	67 (L)	Imita tres palabras en el momento del examen					
	68 (C)	Construye una torre con tres cubos					
	69 (L)	Dice al menos seis palabras*					
	70 (SL)	Usa palabras para comunicar deseos*					
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	N R			
24 MESES	71 (M)	Se para en un pie con ayuda					
	72 (L)	Nombra dos objetos de los cuatro presentados					
	73 (S)	Ayuda en tareas simples*					
	74 (L)	Apunta cuatro o mas partes de la muñeca					
	75 (C)	Construye torre de cinco cubos					
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	N R			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	1° Ctl. 2° Ctl. 1° Ctl. 2° Ctl.			
3 AÑOS	76 (L)	Nombra animales (de ocho menciona seis)					
	77 (L)	Nombra, colorea (rojo, azul, amarillo)					
	78 (M)	Copia una cruz					
	79 (C)	Construye una torre de ocho cubos					
	80 (M)	Se para con un pie 10 segundos o más					
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	N R			
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR	1° Ctl. 2° Ctl. 1° Ctl. 2° Ctl.			
4 AÑOS	81 (L)	Verbaliza su nombre y apellido					
	82 (L)	Conoce la utilidad de los objetos (cuchara, lápiz, tijera, jabón)					
	83 (C)	Copia un círculo					
	84 (C)	Abotona y desabotona (usar estuche)					
	85 (M)	Camina en punta de pie seis pasos o más					
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR				
N	D	FECHA: / /	EXAMINADOR				

* Pregunta a la madre

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP)

RESULTADOS	Fecha	Edad cronológica	Edad cronológica	Edad mental	EM/EC Coeficiente	Desarrollo Psicomotor	Desarrollo Psicomotor	Nombre del examinador

Perfil desarrollo psicomotor

Edad en meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24
Coordinación			12	16	22	27	32	39	43	46	52	57 56	64		
	4	8	13	17	23	28	35	39	44	48	52	58	65	68	75
Social	1	6	11	20	21	30	34		45	47	54		61	70	73
		7	8						50						
Lenguaje	2	7	12	17	20	21	30	33	40	45	50	54	55	60	61
		10	15	20											66 69
															67 70
Motora	3	9	14	18	24	26	31	36	41		51	56	62		71
	5			19	25			37	38	42	53	56	63		

PROTOCOLO TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2 - 5 Años: TEPSI (Haeusler y Marchant 1985)

Edad..... años meses días

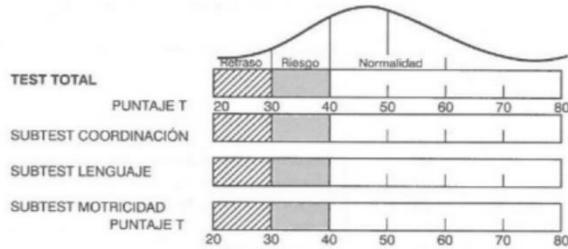
Resultado Test Total

Puntaje Bruto

Puntaje T

Categoría Normal > ó = 40 Ptos.
 Riesgo 30 - 39 Ptos.
 Retraso < ó = 29 Ptos.

PERFIL TEPSI



FECHA: / /

NOMBRE DEL EXAMINADOR:

Resultado Subtests

	Puntaje Bruto	Puntaje T	Categoría
Coordinación
Lenguaje
Motricidad

I. SUBTEST COORDINACIÓN

()	1	C	Traslada agua de un vaso a otro sin derramar (dos vasos)
()	2	C	Construye un puente con tres cubos modelo presente (seis cubos)
()	3	C	Construye una torre de 8 ó más cubos (doce cubos)
()	4	C	Desabotona (Estuche)
()	5	C	Abotona (Estuche)
()	6	C	Enhebra una aguja (aguja de lana; hilo)
()	7	C	Desata cordones (tablero c/cordón)
()	8	C	Copia una línea recta (Lam. 1; reverso hoja reg.)
()	9	C	Copia círculo (Lam. 2; lápiz; reverso hoja reg.)
()	10	C	Copia una cruz (Lam. 3; lápiz; reverso hoja reg.)
()	11	C	Copia un triángulo (Lam. 4; lápiz; reverso hoja reg.)
()	12	C	Copia un cuadrado (Lam. 5; lápiz; reverso hoja reg.)
()	13	C	Dibuja 9 ó más partes de una figura humana (lápiz; reverso hoja reg.)
()	14	C	Dibuja 6 ó más partes de una figura humana (lápiz; reverso hoja reg.)
()	15	C	Dibuja 3 ó más partes de una figura humana (lápiz; reverso hoja reg.)
()	16	C	Ordena por tamaño (Tablero; barritas)

TOTAL SUBTEST COORDINACIÓN: PB

II. SUBTEST LENGUAJE

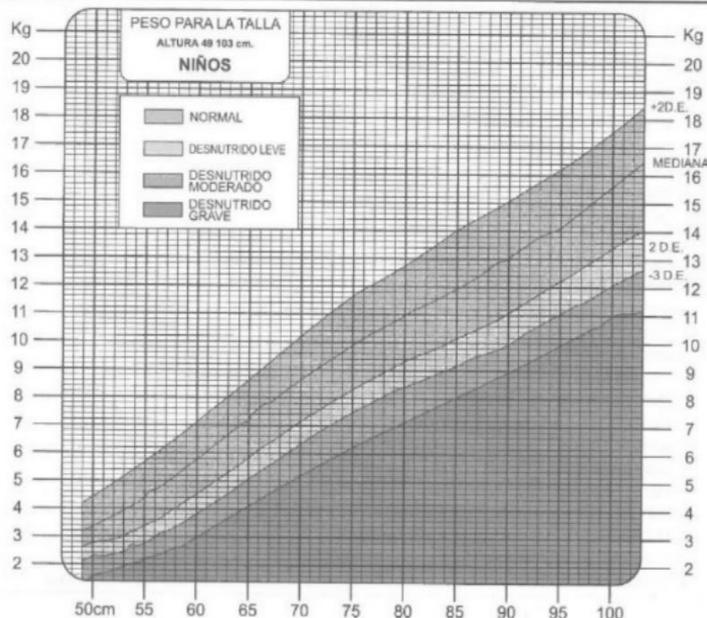
()	1	L	Reconoce grande y chico (Lam. 6)	Grande	Chico				
()	2	L	Reconoce más y menos (Lam. 7)	Más	Menos				
()	3	L	Nombra animales (Lam. 8)	Gato	Perro	Chancho	Pato		
()	4	L	Nombra Objetos (Lam. 9)	Paloma	Oveja	Tortuga	Gallina		
()	5	L	Reconoce largo y corto (Lam. 1)	Paraguas	Vela	Escoba	Tetera		
()	6	L	Verbaliza acciones (Lam. 11)	Zapatos	Reloj	Serrucho	Taza		
()	7	L	Conoce la utilidad de objetos	Cortando	Saltando	Planchando	Comiendo		
()	8	L	Discrimina pesado y liviano (Bolsas con arena y esponja)	Cuchara	Lápiz	Jabón	Escoba	Cama	Tijera
()	9	L	Verbaliza su nombre y apellido	Pesado	Liviano	Nombre	Apellido		
()	10	L	Identifica sexo	Identifica sexo					
()	11	L	Conoce el nombre de sus padres	Papá	Mamá				
()	12	L	Da respuestas coherentes a situaciones planteadas	Hambre	cansado	frio			
()	13	L	Comprende preposiciones (Lápiz)	Detrás	sobre	debajo			

0435

()	14	L	Razona por analogías opuestas Hielo Ratón Mamá
()	15	L	Nombra Colores (Papel lustre azul, amarillo, rojo) Azul Amarillo Rojo
()	16	L	Señala Colores (Papel lustre azul, amarillo, rojo) Amarillo Azul Rojo
()	17	L	Nombra Figuras Geométricas (Lam. 12) ○ □ △
()	18	L	Señala Figuras Geométricas (Lam. 12) ○ □ △
()	19	L	Describe escenas (Lam. 13 y 14) 13..... 14.....
()	20	L	Reconoce absurdos (Lam. 15)
()	21	L	Usa plurales (Lam. 16)
()	22	L	Reconoce antes y después (Lam. 17) Antes Después
()	23	L	Define palabras Manzana..... Pelota..... Zapato..... Abrigo.....
()	24	L	Nombra características de objetos (Pelota, globo inflado, bolsa, arena) Pelota..... Globo inflado..... Bolsa.....
			TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB

III. SUBTEST MOTRICIDAD

()	1	M	Salta con los dos pies en el mismo lugar.
()	2	M	Camina diez pasos llevando un vaso lleno de agua (Vaso lleno de agua)
()	3	M	Lanza una pelota en una dirección determinada (Pelota)
()	4	M	Se para en un pie sin apoyo 10 seg. ó más.
()	5	M	Se para en un pie sin apoyo 5 seg. ó más.
()	6	M	Se para en un pie sin apoyo 1 seg. ó más.
()	7	M	Camina en punta de pies seis ó más pasos.
()	8	M	Salta 20 cms. con los pies juntos (Hoja reg.)
()	9	M	Salta en un pie tres ó más veces sin apoyo.
()	10	M	Coge una pelota (Pelota).
()	11	M	Camina hacia adelante topando talón y punta.
()	12	M	Camina hacia atrás topando talón y punta.
			TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB



Instrumento de evaluación del desarrollo de la niña o niño de 0 a 30 meses

TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

FECHA:	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
ACTIVIDAD																	
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO SENTADO																	
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO ROTACIONES																	
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO EN MARCHA																	
USO DEL BRAZO Y MANO																	
VISION																	
AUDICION																	
LENGUAJE COMPRESIVO																	
LENGUAJE EXPRESIVO																	
COMPROMETIMIENTO SOCIAL																	
ALIMENTACION VESTIDO E HIGIENE																	
JUEGO																	
INTELIGENCIA Y APRENDIZAJE																	
ACTIVIDAD																	
APELLIDOS Y NOMBRES:																	

0474



RED DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE CUSCO NORTE

Dirección Regional de Salud Cusco



EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA Y EL NIÑO

FECHA:	Rn	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m	14m	16m	18m	20m	22m	24m	27m	30m	33m	36m	39m	42m
EDAD:																									
1. ¿El niño está recibiendo Lactancia Materna? (Explorar)																									
2. ¿La técnica de LM es adecuada? (Explorar y observar)																									
3. ¿La frecuencia de LM es adecuada? (Explorar y evaluar)																									
4. ¿La niña o niño recibe leche no materna? (Explorar)																									
5. ¿El niño recibe aguitas? (Explorar)																									
6. ¿El niño recibe algún otro alimento? (Explorar)																									
7. ¿La consistencia de la preparación es adecuada según la edad? (Explorar)																									
8. ¿La cantidad de alimento es adecuada según la edad? (Explora																									
9. ¿La frecuencia de la alimentación es adecuada según la edad? (Explorar)																									
10. ¿Consume alimentos de origen animal? (Explorar)																									
11. ¿Consume frutas y verduras? (Explorar)																									
12. ¿Añade aceite, mantequilla o margarina a la comida del niño?																									
13. ¿La niña o niño recibe los alimentos en su propio plato?																									
14. ¿Añade sal yodada a la comida familiar?																									
16. ¿Es el niño beneficiario de algún Programa de Apoyo Social? Si () No () Especificar:																									
17. ¿Cuántos sobres de multivitaminados consumió en el mes?																									
OBSERVACIONES:																									

NOTA: Si alguna respuesta es negativa (NO), amerita una Consejo Nutricional



Dirección Regional de Salud Cusco

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE



CONSULTA										
Fecha:		Hora:		Edad:		IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO				
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)										
MENOR DE 2 MESES :										
No quiere mamar ni succiona		DE 2 MESES A 4 AÑOS :			PARA TODAS LAS EDADES :			Quién cuida al niño?		
Convulsiones		No puede beber o tomar el pecho		Emaciación visible grave		Piel vuelve muy lentamente		Participa el padre en el cuidado del niño?		
Fontanela abombada		Convulsiones		Letargismo / Quemaduras		Envenenamiento		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel		Letargico o comatoso		Traumatismo / Quemaduras		Palidez palmar intensa		El niño recibe muestras de afecto?		
Fiebre o temperatura baja		Vomita todo		Envenenamiento		Palidez palmar intensa		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Rigidez de nuca		Estridor en reposo / tiraje subcostal		Palidez palmar intensa		No presenta signos <input type="checkbox"/>		Especifique _____		
Fústulas muchas y extensas										
Letárgico o comatoso										
ANAMNESIS										
1. Motivo de consulta:										
Tiempo de enfermedad: Forma de Inicio: Curso:										
Signos Vitales T° PA FC FR Peso Talla PC										
Examen físico										
Diagnóstico	1. Diagnóstico Nosológico o Síndromico			CIE 10	2. Condición del crecimiento y estado Nutricional			3. Condición del Desarrollo Psicomotor		
	1.				Crecimiento adecuado			Normal:		
	2.				Crecimiento inadecuado			Riesgo para el desarrollo.		
	3.				Riesgo Nutricional			Deficit del desarrollo según PB		
	4.				Ganancia inadecuada de peso o talla			Trastorno del Desarrollo:		
	5.				Desnutrición					
	4. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.				Sobrepeso			Observaciones:		
	1.				Obesidad					
	2.									
	3.									
Tratamiento					Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño					
					Evaluación de ojos y visión 00: 01:					
					Tamizaje en salud Mental (VIF)					
Exámenes Auxiliares					Referencia (lugar y motivo)					
Proxima cita:					Atendido por:					
Observación:			Firma y Sello		Colegio profesional DNI					
APELLIDOS Y NOMBRE:					N° DE HISTORIA CLÍNICA					

CONSULTA										
Fecha:		Hora:			Edad:					
Descarte de signos de peligro : (marcar los hallazgos)										
MENOR DE 2 MESES :										
No quiere mamar ni succiona	<input type="checkbox"/>	DE 2 MESES A 4 AÑOS :			PARA TODAS LAS EDADES :			IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO		
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	No puede beber o tomar el pecho	<input type="checkbox"/>	Emaciación visible grave	<input type="checkbox"/>	Quién cuida al niño?	<input type="checkbox"/>			
Fontanela abombada	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Piel vuelve muy lentamente	<input type="checkbox"/>	Participa el padre en el cuidado del niño?	<input type="checkbox"/>			
Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel	<input type="checkbox"/>	Letárgico o comatoso	<input type="checkbox"/>	Traumatismo / Quemaduras	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Fiebre o temperatura baja	<input type="checkbox"/>	Vomita todo	<input type="checkbox"/>	Envenenamiento	<input type="checkbox"/>	El niño recibe muestras de afecto?	<input type="checkbox"/>			
Rigidez de nuca	<input type="checkbox"/>	Estridor en reposo / tiraje subcostal	<input type="checkbox"/>	Palidez palmar intensa	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Pústulas muchas y extensas	<input type="checkbox"/>	No presenta signos <input type="checkbox"/>			Especifique _____					
Letárgico o comatoso	<input type="checkbox"/>									
ANAMNESIS										
1. Motivo de consulta:										
Tiempo de enfermedad: Forma de Inicio: Curso:										
Examen físico	Signos Vitales	T°	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC		
Diagnóstico	1. Diagnóstico Nosológico o Síndromico			CIE 10	2. Condición del crecimiento y estado Nutricional			3. Condición del Desarrollo Psicomotor		
	1.				Crecimiento adecuado			Normal:		
	2.				Crecimiento inadecuado			Riesgo para el desarrollo.		
	3.				Riesgo Nutricional	P/E	T/E	P/T	Deficit del desarrollo según PB	
	4. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.				Ganancia inadecuada de peso o talla				Trastorno del Desarrollo:	
	5.				Desnutrición					
	1.				Sobrepeso				Observaciones:	
2.										
3.										
Tratamiento					Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño					
					evaluación de ojos y visión			OD: OI:		
					Tamizaje en salud mental (VIF)					
					Referencia (lugar y motivo)					
Exámenes Auxiliares										
Próxima cita:	Atendido por:									
Observación:	Firma y Sello			Colegio profesional DNI						
APELLIDOS Y NOMBRE:					N° DE HISTORIA CLÍNICA					

FORMATO N°03

3



RED DE SERVICIOS DE SALUD
CUSCO NORTE





CONSULTA									
Fecha:		Hora:		Edad:					
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)									
MENOR DE 2 MESES :			DE 2 MESES A 4 AÑOS :			PARA TODAS LAS EDADES :			
No quiere mamar ni succiona			No puede beber o tomar el pecho			Emaciación visible grave			
Convulsiones			Convulsiones			Piel vuelve muy lentamente			
Fontanela abombada			Letárgico o comatoso			Traumatismo / Quemaduras			
Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel			Vomita todo			Envenenamiento			
Fiebre o temperatura baja			Estridor en reposo / tiraje subcostal			Palidez palmar intensa			
Rigidez de nuca			No presenta signos			Quién cuida al niño?			
Pústulas muchas y extensas						Participa el padre en el cuidado del niño?			
Letárgico o comatoso						Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
						El niño recibe muestras de afecto?			
						Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
						Especifique			
ANAMNESIS									
1. Motivo de consulta:									
Tiempo de enfermedad: Forma de Inicio: Curso:									
Signos Vitales		T°	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC	
Examen físico									
Diagnóstico									
1. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico				CIE 10		2. Condición del crecimiento y estado Nutricional		3. Condición del Desarrollo Psicomotor	
1.						Crecimiento adecuado		Normal:	
2.						Crecimiento inadecuado		Riesgo para el desarrollo.	
3.						Riesgo Nutricional		Deficit del desarrollo según PB	
4.						Ganancia inadecuada de peso o talla		Trastorno del Desarrollo:	
5.						Desnutrición			
4. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.						Sobrepeso			
1.						Obesidad		Observaciones:	
2.									
3.									
Tratamiento									
						Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño			
						evaluación de ojos y visión		OD: OI:	
						Tamizaje en salud mental (VIF)			
Exámenes Auxiliares									
				Referencia (lugar y motivo)					
Próxima cita: Atendido por:									
Observación:				Firma y Sello			Colegio profesional DNI		
APELLIDOS Y NOMBRE: N° DE HISTORIA CLÍNICA									

0440

FORMATO N°04


Gobierno Regional CUSCO

N° Gestante: **N° HC**

= Significa ALERTA = Requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres: _____ **Establecimiento:** _____

Establ. Origen: No Aplica Referencia **Código Afiliación SIS**

DNI N°: **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Ocupación:** _____ **Edad:** ___ < 15 ___ > 35

Dirección: _____ **Estudios:** Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ. Años aprobados: ___

Nombre / N° Sector: _____ **Estado Civil:** Casada Conviviente Soltera Otro

Departamento: _____ **Provincia:** _____ **Nombre del R. N.:** _____

Distrito: _____ **Religión:** _____ **Padre de R. N.:** _____

Cel. N° 1: _____ **Cel. N° 2:** _____ **Idioma:** _____

FILIACIÓN Y ANTECEDENTES

Antecedentes Obstétricos

Gestas: Abortos: Vaginales: Nacidos vivos: Viven:

0 ó + 3 Partos: Cesáreas: Nacidos muertos: Muerto - 1ra semana: Después - 1ra Semana:

<2500 g RN de mayor Peso: g

Multiple <37 sem.

Gestación Anterior

Fecha: ___/___/___ **Terminación:** Si No Per Integridad Adecuada

Si fue aborto: Tipo de Aborto: Incompleto Completo Frusto / Retenido Séptico No Aplica

Lactancia Materna: No hubo < 6 meses 6 meses o más No aplica

Lugar de parto: EESS Domic.

Captada: Si No Referida x Ag. Comuni. Si No

Antecedentes Familiares

Ninguno Malaria Alergias Hipertensión Arterial Enf. Hipertens. Emb. Hipotiroidismo Epilepsia Diabetes Neoplásica Enferm. Congénitas TBC Pulmonar Emb. Multiple Otros

Antecedentes Personales

Ninguno Alcoholismo Infertilidad Aborto habitual/recurrente Alergia a medicamentos Neoplasias Violencia Asma Bronquial Otras Drogas Cardiopatía Diabetes Parto Prolong. Cirugía Pélvica Uterina Enferm. Congénitas Preeclampsia Eclampsia Enferm. Infecciosas Prematuridad Pre Eclampsia Epilepsia Reten. Placenta Hemorra. Postparto Hipertensión Arterial Tabaco TBC Pulmonar Consumo de hoja de coca Transtorn. Mentales VIH / SIDA Otros: _____

Antecedentes

Partos Domiciliarios N°

Psicoprofilaxis Sesiones N°

Peso y Talla

IMC **Peso Habitual:** kg **Talla:** cm

Antitética

N° Dosis Previa **Dosis** Sin Dosis No Aplica

1ra 2da Mes de gestación

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O Rh: Rh(-) Sen Desc Rh(-) No Sen Rh(-) Sen

Fuma

N° Cigarras / Día

Drogas

Si No

Fecha última Menstruación

FUM: ___/___/___ **Duda:** Si No

Fecha Probable de Parto: ___/___/___

EG. (Ecografía) Sem. **Fecha:** ___/___/___

2. EG. (Ecografía) Sem. **Fecha:** ___/___/___

3. EG. (Ecografía) Sem. **Fecha:** ___/___/___

Hospitalización

Hospitalización: Si No

Fecha: ___/___/___

Diagnóstico: _____

CIE 10:

Emergencia

Fecha: ___/___/___

Diagnóstico: _____

CIE 10:

Violencia / género

Ficha Tamizaje: Si No

Violencia Si No

Fecha: ___/___/___

Exámenes de Laboratorio

Hemoglobina 1:	Hg (%)	Con factor de corrección	Fecha
Hemoglobina 2:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Hemoglobina 3:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Hemogl. al Alta:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___

	No reactivo	Reactivo	No se Hizo	No Aplica	Fecha
VDRL / RPR 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
VDRL / RPR 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
TPHA / VDRL (RPR reactivo):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
VIH Prueba Rápida 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
VIH Prueba Rápida 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
PR Hepatitis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
ELISA 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
ELISA 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Glicemia 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Glicemia 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Tolerancia Glucosa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___

Ex. Comp. Orina 1: Negativo Positivo No se Hizo No Aplica Fecha: ___/___/___

Ex. Comp. Orina 2:

Ex. Comp. Orina 3:

Bacteriuria:

Nitritos:

Urocultivo:

BK en Espudo:

Western Blot / Ifi:

THLV1:

TORCH:

Gota Gruesa:

Proteinuria cuantitativa: Normal Anormal No se Hizo No Aplica

Proteinuria cualitativa:

Secreción Vaginal:

PAP:

IVAA:

Examen Físico

Clinico: Sin Examen Normal Patológico

Mamas: Sin Examen Normal Patológico

Cuello Uterino: Sin Examen Normal Patológico

Pelvis: Sin Examen Normal Patológico

Odont. (1): Sin Examen Normal Patológico

Odont. (2): Sin Examen Normal Patológico

Patologías Maternas Diagnosticadas

1. _____ Fecha: ___/___/___ 2. _____ Fecha: ___/___/___

3. _____ Fecha: ___/___/___ 4. _____ Fecha: 0443



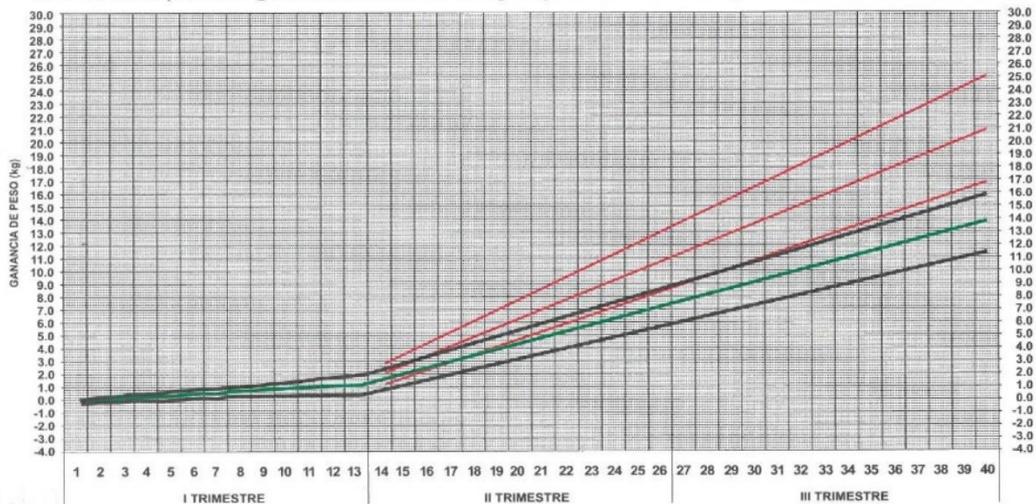
DELEGACIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE



ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha de atención	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Edad Gest. (Semanas)									
Peso Madre (kg)									
Evaluación Nutricional									
Temperatura (°C)									
Presión Arter. (mm. Hg)									
Pulso Materno (por min.)									
Altura Uterina (cm)									
Situación (L/T/NA)									
Presentación (C/P/NA)									
Posición (D/I/NA)									
F.C.F. (por min./NA)									
Mov. Fetal (+/+/+/+/SM/NA)									
Proteinuria Cualitativa (+/+/+/+/NSH)									
Edema (+/+/+/+/SE)									
Reflejo Osteotendinoso (0,+/+/+/+/)									
Ecografía EG. / Fecha									
Consejería Integral									
Indic. Ac. Fólico									
Indic. Hierro / Ac Fólico (>= a 14 sem)									
Indic. Calcio									
Interconsultas (Psicología, Nutrición, Odontología, Medicina)									
Plan de Parto / Reenfocada (Control / visita / No se hizo / NA)									
Visita Domicil. (Si / No / NA)									
Próxima Cita									
Responsable atención									
Establec. de atención									

L = Longitudinal T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA= No Aplica NSH = No se Hizo

Peso Normal (IMC Pre-gestacional 18.5 a 24.9 kg/m2) / Embarazo único y múltiple - Ganancia de peso



4.

N° Gestante: N° HC

= Significa ALERTA = Requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres: **Establecimiento:**

Establ. Origen: No Aplica Referencia Código Afiliación SIS

DNI N°: Fecha de Nacimiento: Ocupación: Edad: < 15 > 35

Dirección: Estudios: Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ Años aprobados

Nombre / N° Sector: Estado Civil: Casada Conviviente Soltera Otro

Departamento: Provincia: Nombre del R. N.:

Distrito: Religión: Padre de R. N.:

Cel. N° 1: Cel. N° 2: Idioma:

Antecedentes Obstétricos

Gestas: Abortos: Vaginales: Partos: Cesáreas: Nacidos vivos: Muerto - 1ra semana: Nacidos muertos: Después - 1ra Semana: Viven:

0 ó + 3 <2500 g Multiple <37 sem.

RN de mayor Peso: g

Gestación Anterior

Fecha: Terminación: Per Intergénésico Adecuado Si No

Parto Vaginal Cesárea Aborto Ectópico Aborto Molar No Aplica

Si fue aborto: Tipo de Aborto Incompleto Completo Frusto / Retenido Séptico No Aplica

Lactancia Materna: No hubo < 6 meses 6 meses o más No aplica

Lugar de parto: EESS Domic.

Captada: Si No Referida x Ag. Comuni.: Si No

Antecedentes Familiares

Ninguno Malaria Hipertensión Arterial Hipotiroidismo Neoplásica TBC Pulmonar Otros

Alergias Enf. Hipertens. Emb. Epilepsia Diabetes Enferm. Congénitas Emb. Multiple

Antecedentes Personales

Ninguno Aborto habitual/recurrente Violencia Cardiopatía Cirugía Pélvica Uterina Eclampsia Pre Eclampsia Hemorra. Postparto TBC Pulmonar VIH / SIDA Otros:

Alcoholismo Alergia a medicamentos Asma Bronquial Diabetes Enferm. Congénitas Enferm. Infecciosas Epilepsia Hipertensión Arterial Consumo de hoja de coca

Infertilidad Neoplasias Otras Drogas Parto Prolong. Preeclampsia Prematuridad Reten. Placenta Tabaco Transtorn. Mentales

Peso y Talla

IMC: Peso Habitual: kg Talla: cm

Antitética

N° Dosis Previa: Dosis: Sin Dosis No Aplica

Mes de gestación:

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O

Rh: Rh (+) Rh (-) Sen Desc Rh (-) No Sen Rh (-) Sen

Antecedentes Partos Domiciliarios

N°:

Psicoprofilaxis

Secciones:

Fuma

N° Cigarros / Día:

Drogas

Si No

Fecha última Menstruación

FUM: Duda: Si No

Fecha Probable de Parto:

1. EG. (Ecografía) Sem. Fecha:

2. EG. (Ecografía) Sem. Fecha:

3. EG. (Ecografía) Sem. Fecha:

Hospitalización

Hospitalización: Si No

Fecha: Diagnóstico:

CIE 10:

Emergencia

Fecha: Diagnóstico:

CIE 10:

Vac. Previas

Rubéola Si No

Hepatitis B Si No

Papiloma Virus Si No

Influenza Si No

Violencia / género

Ficha Tamizaje: Si No

Violencia Si No

Fecha:

Exámenes de Laboratorio

Hg (%)	Con factor de corrección	Fecha	Negativo	Positivo	No se hizo	No Aplica	Fecha
Hemoglobina 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina 3:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hemogl. al Alta:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
VDRL / RPR 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
VDRL / RPR 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
TPHA / VDRL (RPR reactivo):	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
VIH Prueba Rápida 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
VIH Prueba Rápida 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
PR Hepatitis:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ELISA 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ELISA 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Glicemia 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Glicemia 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tolerancia Glucosa:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Ex. Comp. Orina 1: Ex. Comp. Orina 2: Ex. Comp. Orina 3:

Bacteriuria: Nitritos: Urocultivo: BK en Espudo: Western Blot / Ifi: THLV1: TORCH: Gota Gruesa:

Proteinuria cuantitativa: Proteinuria cualitativa: Secreción Vaginal: PAP: IVAA:

Patologías Maternas Diagnosticadas

1. Fecha: 2. Fecha:

3. Fecha: 4. Fecha:

0442



**CARNÉ DE CONTROL
MATERNO PERINATAL**

Establecimiento: _____

APELLIDOS Y NOMBRES _____

N° HC.

Nombre Niña: _____

Nombre Niño: _____

CITA DE CONTROL

DÍA	MES	AÑO

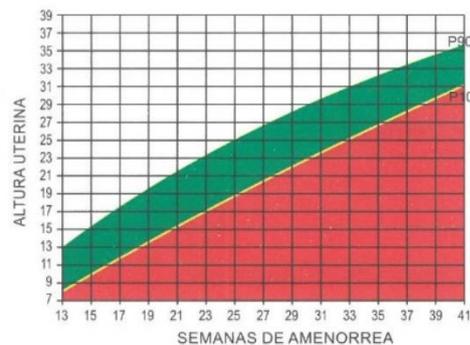
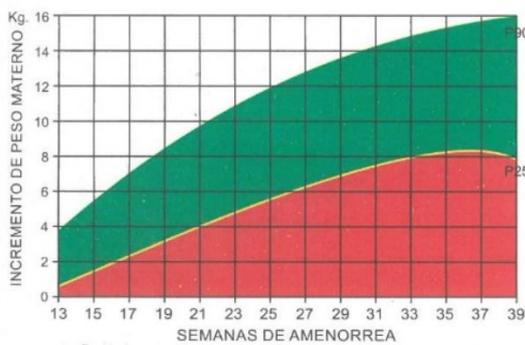
**¡ Por tu Bienestar
Cumple con Tus Citas !**

SEÑALES DE PELIGRO

- Vómitos exagerados.
- Salida de Sangre o Líquido por la Vagina.
- Fiebre o escalofríos.
- Hinchazón de cara, manos, pies, dolor de cabeza, dolor abdominal.
- Ausencia de movimiento fetales.
- Dolor al orinar.

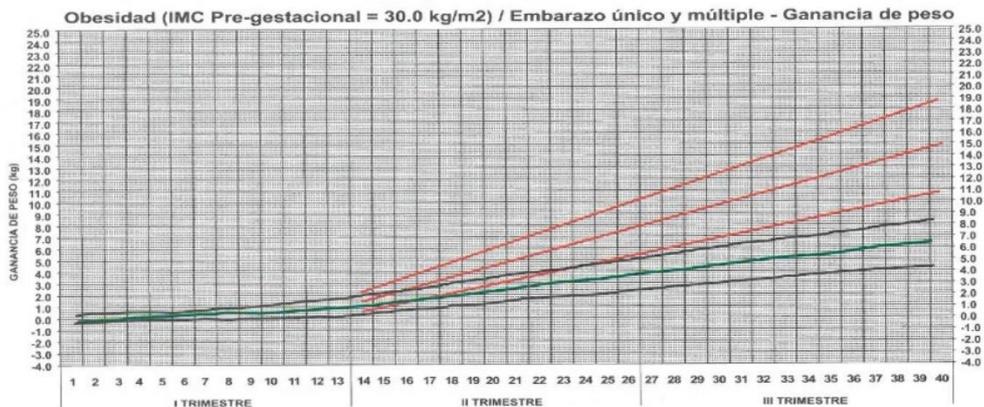
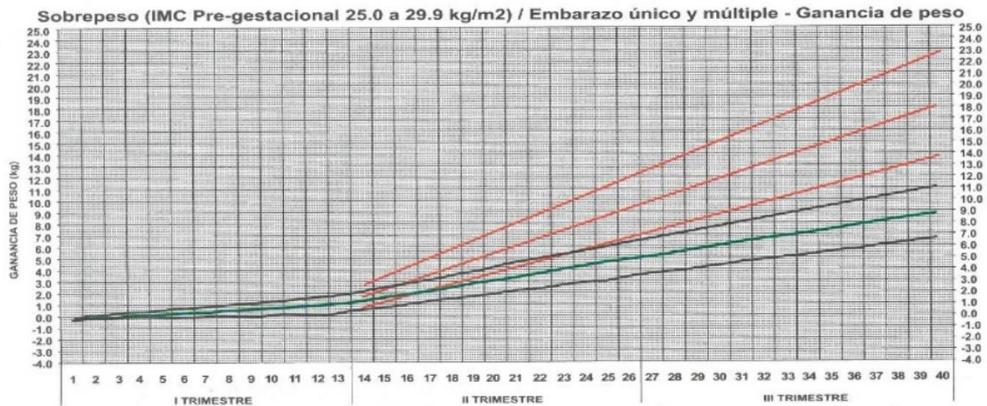
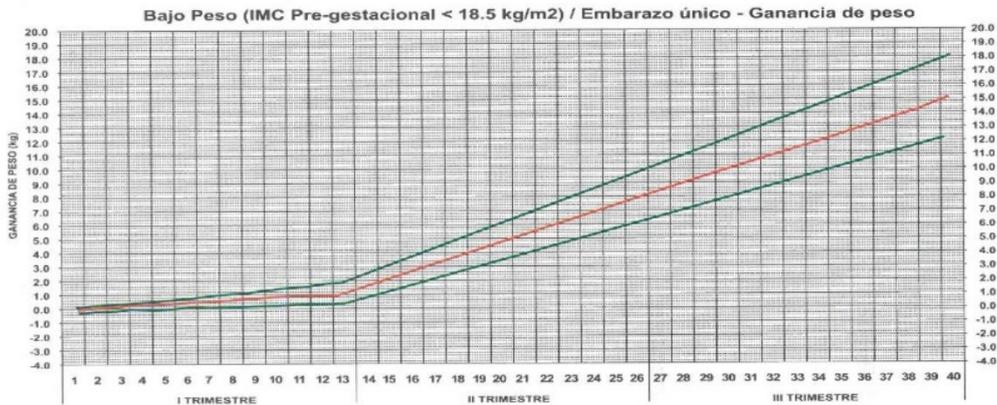
ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha de atención	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Edad Gest. (Semanas)									
Peso Madre (kg)									
Evaluación Nutricional									
Temperatura (°C)									
Presión Arter. (mm. Hg)									
Pulso Materno (por min.)									
Altura Uterina (cm)									
Situación (L/T/NA)									
Presentación (C/P/NA)									
Posición (D/I/NA)									
F.C.F. (por min./NA)									
Mov. Fetal (+/+/+/+/SM/NA)									
Proteína Cualitativa (+/+/+/+/NSH)									
Edema (+/+/+/+/SE)									
Reflejo Osteotendinoso (0,+/+/+/+/)									
Ecografía EG. / Fecha									
Consejería Integral									
Indic. Ac. Fólico									
Indic. Hierro / Ac Fólico (>= a 14 sem)									
Indic. Calcio									
Interconsultas (Psicología, Nutrición, Odontología, Medicina)									
Plan de Parto / Reenfocada (Control / waita / No se hizo / NA)									
Visita Domicil. (Si / No / NA)									
Próxima Cita									
Responsable atención									
Establec. de atención									

L = Longitudinal T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA= No Aplica NSH = No se Hizo



PARTO O ABORTO	Estado		HCMP: Prenatal <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/>		Producto de la Concepción		Hijo Único <input type="checkbox"/> Embarazo Múltiple <input type="checkbox"/> Orden <input type="checkbox"/>	Aborto <input type="checkbox"/>													
	Ingreso al Establecimiento por Parto				Fecha y Hora: / / : :																
	REFERENCIA AL INGRESO		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>		FREC. RESP.		SITUACIÓN		Posición		TAMAÑO FETAL ACORDE		INICIO		DILATACIÓN		LÍQUIDO AMNIÓTICO				
	PULSO MATERNO		PRESIÓN ARTERIAL <small>(Sistólica / Diastólica)</small>		PESO Kg		PRESENTACIÓN		ALTURA UTERINA		MEMBRANAS		Verde Claro		Verde Oscuro						
	Signos y Síntomas de Alerta		Corticoides antenatales (28-34 sem.)		Tipo Procedimiento		Procedimiento en parto (Ver anexo)						SEM. INICIO								
	Terminación - Fecha: / /		TERMINACIÓN		POSIC. GESTANTE		PARTO GRAMA		PARTO CON ACOMPAÑANTE		CESÁREA		ABORTO		MEDICACIÓN		MEDICAMENTOS				
	Cesárea electiva		Cesárea elímerg.		DURACIÓN		MUERTE INTRAUTERINA		DURACIÓN		Indicación Principal Parto operatorio		Atención		Responsable de la Atención del Parto:		Responsable de la Atención del Neonato:				
	DESGARROS		ALUMBRAMIENTO		PLACENTA		LIGADURA CORDÓN		NIVEL:		PARTO O LEGRADO		NEONATO		Responsible de la Atención del Parto:		Responsible de la Atención del Neonato:				
	Recién Nacido		HC RN:		NOMBRE RN:		Patología de Recién Nacido		Reanimación Respiratoria		Medicación En reanim. RN		Vitamina K		Profilaxis Ocular		Ctrl. Puerperio inmediato				
	RECIENTE NAC.		SEXO		Peso g.		P. Cef. mm		Temp. C		Edad por Ex. Físico		Sem.		APGAR 4-6 0-3		Reanimación Respiratoria		Medicación En reanim. RN		
Edad por Ex. Físico			Sem.		APGAR 4-6 0-3		Reanimación Respiratoria		Medicación En reanim. RN		Vitamina K		Profilaxis Ocular		Ctrl. Puerperio inmediato						
Exa. Físico:			Hospitaliz. RN		S. Luética RN		Evolución RN		Egreso RN		Ingreso Materno		Anticonceptivos		Egreso RN		Egreso RN				
Alojamiento Conjunto			Contacto Piel a Piel (LMH)		LME		Vacunas RN		Egreso RN		Ingreso Materno		Anticonceptivos		Egreso RN		Egreso RN				
Tipo de Sangre			Grupo Rh		Horas / días post parto o aborto		Temperatura		Pulso (latidos / minuto)		Pres. Arterial max / min. (mm. Hg.)		Involución Uterina		Cárcel Loquios (Sangrado Leve, moderado, Severo)		Herida oper. (abdominal / periné)		Observaciones		
Exa. Físico:			Hospitaliz. RN		S. Luética RN		Evolución RN		Egreso RN		Ingreso Materno		Anticonceptivos		Egreso RN		Egreso RN				
Alojamiento Conjunto			Contacto Piel a Piel (LMH)		LME		Vacunas RN		Egreso RN		Ingreso Materno		Anticonceptivos		Egreso RN		Egreso RN				
Tipo de Sangre			Grupo Rh		Horas / días post parto o aborto		Temperatura		Pulso (latidos / minuto)		Pres. Arterial max / min. (mm. Hg.)		Involución Uterina		Cárcel Loquios (Sangrado Leve, moderado, Severo)		Herida oper. (abdominal / periné)		Observaciones		
Exa. Físico:			Hospitaliz. RN		S. Luética RN		Evolución RN		Egreso RN		Ingreso Materno		Anticonceptivos		Egreso RN		Egreso RN				
Alojamiento Conjunto			Contacto Piel a Piel (LMH)		LME		Vacunas RN		Egreso RN		Ingreso Materno		Anticonceptivos		Egreso RN		Egreso RN				

0441



CUADRO DE CLASIFICACIÓN DE HEMOGLOBINA

EDAD	NORMAL (g/dL)	ANEMIA		
		LEVE (g/dL)	MODERADA (g/dL)	SEVERA (g/dL)
GESTANTES	≥ 11	10 - 10.9	7 - 9.9	< 7

AJUSTE DE HEMOGLOBINA SEGÚN ALTURA SOBRE EL NIVEL DEL MAR

ALTURA (m.s.n.m.)	FACTOR DE AJUSTE	ALTURA (m.s.n.m.)	FACTOR DE AJUSTE	ALTURA (m.s.n.m.)	FACTOR DE AJUSTE	ALTURA (m.s.n.m.)	FACTOR DE AJUSTE
1900	0.7	3000	1.8	2400	1.1	3500	2.6
2000	0.7	3100	2.0	2500	1.2	3600	2.7
2100	0.8	3200	2.1	2600	1.3	3700	2.9
2200	0.9	3300	2.3	2700	1.5	3800	3.1
2300	1.0	3400	2.4	2800	1.6	3900	3.2
				2900	1.7	4000	3.4

FORMATO N°05



PERÚ Ministerio de Salud

CONSULTORIO DE OBSTETRICIA

5



NOMBRES Y

APELLIDOS: EDAD: H.C. []

DIRECCIÓN: TELÉFONO:

OCUPACIÓN: GRADO DE INSTRUCCIÓN:

FECHA: HORA: DNI:

Vacunas Previas: Fechas:

V. Antitetánica Rubeola []
Hepatitis B []
Papiloma V. []

ANT.GINECO-

OBSTÉTRICO

FUR: FPP:
R. CAT: G --- P ---
GEST. ANTERIOR: R.N. DE MAYOR PESO:
PARTO () ABORTO () GR

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ANTECEDENTES PERSONALES:

Fuma cigarros [] Drogas [] Psicoprofilaxis []

FUNCIONES VITALES:

T° PA: F.C.: F.R.: PESO: TALLA: IMC:

ESTADO ACTUAL: FUNCIONES BIOLÓGICAS

Apetito [] Sed [] Sueño [] Estado Ánimo [] Orina [] Deposiciones []

INTERROGATORIO

Motivo de Consulta: Tiempo de Enfermedad:

EXAMEN FÍSICO: Piel Mucosas Cabeza: Cuello:

Cardio Vasc: Pulmones Mamas: Pezones:

Abdomen: Otros:

Examen Obstétrico: Altura Uterina: cm. Situación, Presentación, Posición Fetal:

Movimientos Fetales: Latidos Cardíaco Fetales: xMinuto

Miembros Inferiores: Reflejo Osteotendinoso (0, x, xx, xxx.)

Genitales Externos: Vagina: Cuello Uterino:

DIAGNÓSTICO

1.- TRATAMIENTO

2.- 1.-

3.- 2.-

4.- 3.-

RECOMENDACIONES

5.- 6.-

7.- 8.-

9.- 9.-

10.- EXAMENES AUXILIARES:

REFERENCIA:

PRÓXIMA CITA: FIRMA Y SELLO DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ:

RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍA (Con Fechas)

Fecha/Resultado	Grupo S	F. RII	Hemogra	Hemogl	Hto	Gluco	E. Orina	RPR	PRVIII	Ex.Sex. V	Proteinuria

1° Ecografía 2° Ecografía 3° Ecografía

0444

CONSULTA						N° H.C.:	
FECHA:		HORA:		EDAD:		N° DE A. PRENATAL:	
FUNCIONES VITALES:				Cambio de Domicilio:			
T°:	PA:	F.C.:	F.R.:	PESO:	TALLA:	IMC:	
ESTADO ACTUAL: FUNCIONES BIOLÓGICAS							
Apetito		Sed		Sueño		Estado Animo	
						Orina	
						Deposiciones	
INTERROGATORIO							
Motivo de Consulta			Tiempo de Enfermedad			Observaciones	
EXAMEN FÍSICO:							
DIAGNÓSTICO				TRATAMIENTO			
1.-				1.-			
2.-				2.-			
3.-				3.-			
4.-				EXAMENES AUXILIARES			
5.-				RECOMENDACIONES			
6.-							
7.-							
8.-				REFERENCIA:			
9.-							
PROXIMA CITA:				FIRMA Y SELLO QUIEN ATENDIÓ			

CONSULTA							
FECHA:		HORA:		EDAD:		N° DE A. PRENATAL:	
FUNCIONES VITALES:				Cambio de Domicilio:			
T°:	PA:	F.C.:	F.R.:	PESO:	TALLA:	IMC:	
ESTADO ACTUAL: FUNCIONES BIOLÓGICAS							
Apetito		Sed		Sueño		Estado Animo	
						Orina	
						Deposiciones	
INTERROGATORIO							
Motivo de Consulta			Tiempo de Enfermedad			Observaciones	
EXAMEN FÍSICO:							
DIAGNÓSTICO				TRATAMIENTO			
1.-				1.-			
2.-				2.-			
3.-				3.-			
4.-				EXAMENES AUXILIARES			
5.-				RECOMENDACIONES			
6.-							
7.-							
8.-				REFERENCIA:			
9.-							
PROXIMA CITA:				FIRMA Y SELLO QUIEN ATENDIÓ			

(2)

FORMATO N°06

6

CONSULTA						N° H.C.:	
FECHA:		HORA:		EDAD:		N° DE A. PRENATAL:	
FUNCIONES VITALES: Cambio de Domicilio:							
T°:	PA:	F.C.:	F.R.:	PESO:	TALLA:	IMC:	
ESTADO ACTUAL: FUNCIONES BIOLÓGICAS							
Apetito	Sed	Sueño	Estado Animo	Orina	Deposiciones		
INTERROGATORIO							
Motivo de Consulta			Tiempo de Enfermedad		Observaciones		
HORA:							
EXAMEN FÍSICO:							
DIAGNÓSTICO				TRATAMIENTO			
1.-				1.-			
2.-				2.-			
3.-				3.-			
4.-				EXAMENES AUXILIARES			
5.-				RECOMENDACIONES			
6.-							
7.-				REFERENCIA:			
PROXIMA CITA:				FIRMA Y SELLO QUIEN ATENDIÓ			

CONSULTA							
FECHA:		HORA:		EDAD:		N° DE A. PRENATAL:	
FUNCIONES VITALES: Cambio de Domicilio:							
T°:	PA:	F.C.:	F.R.:	PESO:	TALLA:	IMC:	
ESTADO ACTUAL: FUNCIONES BIOLÓGICAS							
Apetito	Sed	Sueño	Estado Animo	Orina	Deposiciones		
INTERROGATORIO							
Motivo de Consulta			Tiempo de Enfermedad		Observaciones		
HORA:							
EXAMEN FÍSICO:							
DIAGNÓSTICO				TRATAMIENTO			
1.-				1.-			
2.-				2.-			
3.-				3.-			
4.-				EXAMENES AUXILIARES			
5.-				RECOMENDACIONES			
6.-							
7.-				REFERENCIA:			
PROXIMA CITA:				FIRMA Y SELLO QUIEN ATENDIÓ			

(2)

0445

CONSULTA							N° H.C.:	
FECHA:			HORA:		EDAD:	N° DE A. PRENATAL:		
FUNCIONES VITALES: Cambio de Domicilio:								
T°:	PA:	F.C.:	F.R.:	PESO:	TALLA:	IMC:		
ESTADO ACTUAL: FUNCIONES BIOLÓGICAS								
Apetito		Sed	Sueño	Estado Animo	Orina	Deposiciones		
INTERROGATORIO								
Motivo de Consulta			Tiempo de Enfermedad		Observaciones			
HORA:								
EXAMEN FÍSICO:								
DIAGNÓSTICO					TRATAMIENTO			
1.-					1.-			
2.-					2.-			
3.-					3.-			
4.-					EXAMENES AUXILIARES			
5.-					RECOMENDACIONES			
6.-								
7.-					REFERENCIA:			
PROXIMA CITA:					FIRMA Y SELLO QUIEN ATENDIÓ			

CONSULTA								
FECHA:			HORA:		EDAD:	N° DE A. PRENATAL:		
FUNCIONES VITALES: Cambio de Domicilio:								
T°:	PA:	F.C.:	F.R.:	PESO:	TALLA:	IMC:		
ESTADO ACTUAL: FUNCIONES BIOLÓGICAS								
Apetito		Sed	Sueño	Estado Animo	Orina	Deposiciones		
INTERROGATORIO								
Motivo de Consulta			Tiempo de Enfermedad		Observaciones			
HORA:								
EXAMEN FÍSICO:								
DIAGNÓSTICO					TRATAMIENTO			
1.-					1.-			
2.-					2.-			
3.-					3.-			
4.-					EXAMENES AUXILIARES			
5.-					RECOMENDACIONES			
6.-								
7.-					REFERENCIA:			
PROXIMA CITA:					FIRMA Y SELLO QUIEN ATENDIÓ			

FORMATO N°07 -



Gobierno Regional CUSCO
Caminando Juntos

7

ESPERANDO MI PARTO

(PLAN DE PARTO)

Este Plan ayudará a que la mamá se prepare para la llegada del bebé

Dirección Regional de Salud Cusco
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE



NOMBRE DE LA GESTANTE: _____

EDAD: _____ H. CL. _____ GRUPO SANGUÍNEO _____ FPP. _____

DIRECCIÓN (COMUNIDAD, SECTOR, ANEXO) _____

DIRECCIÓN DE REFERENCIA _____

E.E.S.S. _____ MICRO RED _____ RED _____

TELF. DEL E.E.S.S. _____ FRECUENCIA DE RADIO DEL E.E.S.S. _____ TELF. DE LA COMUNIDAD _____

NOMBRE DEL PROMOTOR DE SALUD _____

TIEMPO QUE TARDA EN LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO _____

INTERVALO PLAN DE PARTO		1º ENTREVISTA (I TRIMESTRE)	2º ENTREVISTA (II TRIMESTRE)	3º ENTREVISTA (III TRIMESTRE)
FECHA				
1	EDAD GESTACIONAL			
2	¿DÓNDE SE ATENDERÁ SU PARTO?	Hospital C.S.		
3	¿QUIEN DESEA QUE LE ATIENDA SU PARTO?			
4	¿EN QUÉ POSICIÓN PREFERE DAR SU PARTO?	Vertical Horizontal		
5	¿CÓMO SE VA A TRANSPORTAR EN EL MOMENTO DEL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?	Carro Otro		
6	¿Quién le acompañará o avisará al establecimiento de salud en el momento del parto o presencia de señales de peligro durante el embarazo? Aquí te ayudamos como reconocer LAS SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO, para acudir INMEDIATAMENTE AL HOSPITAL.			
	Si tienes vómitos frecuentes:			
	Si hay palidez de la cara y cansancio			
	Si tienes Calentura (fiebre)			
	Si tienes dolor de cabeza, Visión borrosa (si ves lucecitas) Zumbido de oídos			
	Si tienes hinchazón de pies, manos o cara			
	Si tienes dolores antes de la fecha de parto y endurecimiento del vientre			
	Si tienes poco o falta de movimiento del bebé			
	Si el bebé está mal acomodado - Si tienes pérdida de sangre por la vagina - Pérdida de líquido por la vagina - Infecciones vaginales			
8	Otras infecciones: tos, diarreas, Infección Urinaria (Ardor al orinar), etc.			
9	¿Quién cuidará sus hijos su casa y animales durante su ausencia?			
10	¿Aceptaría ir a la casa materna u otro cerca del establecimiento?	Si No		
11	Firma de la gestante			
12	Firma de la pareja, acompañante o familiar			
13	Firma del trabajador que realiza la visita			

Para el bebé

Ropón de lana y ropita de algodón
Frazadilla
3 pañales descartables, toalla
Toalla
Nombre del R.N.

Para la mamá

Ropa holgada o bata
3 Calzones limpios
1 Paquete de toallas higiénicas post parto
4 Protectores de cama
Útiles de aseo
Toalla
Manita
Zapatos fáciles de poner
Cuchara
Termómetro

Documentos

1 Copia de DNI de gestante y de la pareja
1 copia de carné de control de embarazo
2 Copias de la hoja de afiliación al SIS

SEÑALES DE PELIGRO DESPUÉS DEL PARTO Y SEÑALES DE PELIGRO DEL RECIÉN NACIDO



Resaca vaginal después del parto



Secreción vaginal después del parto



Dolor de cabeza



Fiebre y escalofríos



Hinchazón y dolor de mamas



Bebé amarillo



Bebé morado



Bebé no quiere lactar



Bebé bajo de peso



Recuerda:
1º Control después del parto a los 7 días
2º Control después del parto antes de los 30 días
El control del RECIÉN NACIDO en el consultorio de niño sano, en las mismas fechas

0448

FORMATO N°08

8

1/3



CENTRO DE SALUD
SERVICIO DE ECOGRAFIAS
DIRESA CUSCO - RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO



INFORME ECOGRÁFICO OBSTÉTRICO

Paciente: _____ ^{EDAD} ~~EDAD~~
Fecha: _____ HC: _____ FUR: _____
FPP: _____

PRIMER TRIMESTRE:

UTERO:	Long.	mm.	Movimientos:	<input type="checkbox"/> Presentes	LCN:
	AP	mm.		<input type="checkbox"/> Ausentes	mm.
	Trans.	mm.	<input type="checkbox"/> NA por EG.	SG.	
	Vol	ml.	Frec. cardíaca:	Lat/min	mm.

Sem 10 - 13: Translucencia nucal:

SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE:

FETO:
Número: Único Gemelar
Situación: Longitudinal Transversal Oblicuo
Presentación: Cefálico Podálico Otros.
Dorso: Derecho Izquierdo Anterior/Post.

Medidas:	DBP	mm.	Movimientos:	Frec. Cardíaca	Ponderado:
	PA	mm.		<input type="checkbox"/> Activo	
	PC	mm.	<input type="checkbox"/> Hipoactivo	Sexo:	gramos
	LF	mm.	<input type="checkbox"/> Ausentes		

PLACENTA:

Localización: Fúndica Posterior Anterior Previa Inserción baja
Grado: 0 I II III Espesor Placentario: _____ mm.

LÍQUIDO AMNIÓTICO:

Volumen: Normal Aumentado Disminuido ILA: _____ mm.

CORDÓN UMBILICAL:

Circular de Cerdón: Simple Doble No circular NA

RECOMENDACIONES:

CONCLUSIONES:

1. *Gestación activa de* _____ Sem. _____ Días _____
2. _____
3. _____

OBSERVACIONES:

0449

FORMATO N°09



9
EFFECTIVO:

VISITA DE SEGUIMIENTO GESTANTE Y PUÉRPERA

PS/CS:

NOMBRES Y PACIENTE:

DNI:..... F.N..... EDAD..... HCL..... TELÉFONO.....

DIRECCIÓN..... DIRECCIÓN REFERENC.....

NOMBRE DEL FAMILIAR..... DNI..... TELEF.....

CROQUIS DE UBICACIÓN DE VIVIENDA:

FECHA DE VISITA.....EFECTIVA ()

Nº DE VISITA GESTANTE () PUÉRPERA ()

MOTIVO DE LA VISITA:

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES REALIZADAS:.....

FECHA DE SIGUIENTE VISITA.....

FIRMA PERSONA VISITADA

FIRMA VISITANTE

FECHA DE VISITA.....EFECTIVA ()

Nº DE VISITA GESTANTE () PUÉRPERA ()

MOTIVO DE LA VISITA:

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES REALIZADAS:.....

FECHA DE SIGUIENTE VISITA.....

FIRMA PERSONA VISITADA

FIRMA VISITANTE

0450

FECHA DE VISITA.....EFECTIVA ()

Nº DE VISITA GESTANTE () PUÉRPERA ()

MOTIVO DE LA VISITA:

.....

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES REALIZADAS:.....

.....

.....

.....

FECHA DE SIGUIENTE VISITA.....

FIRMA PERSONA VISITADA

FIRMA VISITANTE

FECHA DE VISITA.....EFECTIVA ()

Nº DE VISITA GESTANTE () PUÉRPERA ()

MOTIVO DE LA VISITA:

.....

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES REALIZADAS:.....

.....

.....

.....

FECHA DE SIGUIENTE VISITA.....

FIRMA PERSONA VISITADA

FIRMA VISITANTE

FECHA DE VISITA.....EFECTIVA ()

Nº DE VISITA GESTANTE () PUÉRPERA ()

MOTIVO DE LA VISITA:

.....

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES REALIZADAS:.....

.....

.....

.....

FECHA DE SIGUIENTE VISITA.....

FIRMA PERSONA VISITADA

FIRMA VISITANTE

FECHA DE VISITA.....EFECTIVA ()

Nº DE VISITA GESTANTE () PUÉRPERA ()

MOTIVO DE LA VISITA:

.....

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES REALIZADAS:.....

.....

.....

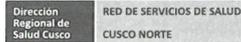
.....

FECHA DE SIGUIENTE VISITA.....

FIRMA PERSONA VISITADA

FIRMA VISITANTE

FORMATO N°10



10/

Centro de Salud _____
 MICRO RED _____
HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIA

FECHA: HORA: DNI: H.CL:
 NOMBRES Y APELLIDOS: EDAD: F.N.: SEXO FEM ()
 DIRECCIÓN: Nº CELULAR: E. CIVIL: S() C() CV() V() DV()
 EESS DE PROCEDENCIA: Nº SIS: ACOMPAÑANTE:

EVALUACIÓN OBSTETRICA.

ANAMNESIS.

Signos:

Síntomas:

T. Enfermedad: F. Inicio: Curso:

Antecedentes Obstétricos: FUM...../...../..... FPP...../...../..... FO G P: Pl:

Antecedentes Patológicos: Última Ecografía..... PF:

EXAMENES DE LABORATORIO: Hcto: VIH: RPR: ECO: Otros:

Temp °C Pulso x' FR x' PA mmHg / Peso Kg Talla m

Examen Físico:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	INDICACIONES:
1.	1.
2.	2.

FIRMA Y SELLO

EVALUACIÓN MÉDICA:

ANAMNESIS:

Signos:

Síntomas:

Antecedentes Patológicos: DM() HTA() Otras

Temp °C Pulso x' FR x' PA mmHg / Peso Kg Talla m

Examen Físico:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	INDICACIONES:
1.	1.
2.	2.
3.	

FIRMA Y SELLO



Dirección Regional de Salud Cusco
RED DE SERVICIOS DE SALUD
CUSCO NORTE



Centro de Salud _____

MICRO RED _____

ATENCIÓN OBSTÉTRICAS DE SEGUIMIENTO

FECHA:..... HORA:.....

ANAMNESIS.

Signos:.....

Sintomas:.....

Temp °C Pulso x' FR x' PA mmHg / Peso Kg Talla m

Examen Físico:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	INDICACIONES:
1.	1.
2.	2.
3.	

FIRMA Y SELLO

FECHA:..... HORA:.....

ANAMNESIS.

Signos:.....

Sintomas:.....

Temp °C Pulso x' FR x' PA mmHg / Peso Kg Talla m

Examen Físico:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	INDICACIONES:
1.	1.
2.	2.
3.	

FIRMA Y SELLO

FECHA:..... HORA:.....

ANAMNESIS.

Signos:.....

Sintomas:.....

Temp °C Pulso x' FR x' PA mmHg / Peso Kg Talla m

Examen Físico:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	INDICACIONES:
1.	1.
2.	2.
3.	

FIRMA Y SELLO

FORMATO N°11



Dirección Regional de Salud Cusco
RED DE SERVICIOS DE SALUD
CUSCO NORTE



HISTORIA CLÍNICA DE HOSPITALIZACIÓN INGRESO-EGRESO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE

SERVICIO

CAMA

HCL

EDAD	SEXO	DOMICILIO					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° DNI	ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN					
N° CELULAR	N° SIS	SOAT		ESTADO CIVIL			
				S	C	CV	D
GRADO DE INSTRUCCIÓN							
PROFESIÓN	ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR			
OCUPACIÓN	RELIGIÓN	LUGAR DE NACIMIENTO					
		DEPARTAMENTO					
FECHA DE NAC.	PROCEDENCIA	PROVINCIA					
		DISTRITO					
TELÉFONO ACOMPAÑANTE	NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ACOMPAÑANTE		DIRECCIÓN DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE				
FECHA DE ADMISIÓN		HORA	FECHA DE ALTA			HORA	

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES:

OBSERVACIONES:

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

0463

Gobierno Regional CUSCO		Dirección Regional de Salud Cusco		RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO NORTE		RED CUSCO NORTE														
MONITOREO DE FUNCIONES VITALES																						
FECHA		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		
DÍAS HOSPITALIZADOS		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
TURNO																						
PARTO _____ Fecha _____ Hora _____ Peso _____ Talla _____ Capurro _____ Sexo: M F	T 40°	CENTRO DE SALUD BELEMPAMPA Parto :..... Fecha :..... Hora :..... Sexo :..... Peso :..... Talla :..... PC :..... PT :..... APGAR :..... EG x Capurro :..... N° CNA :.....																				
	E																					
	M 39°																					
	P																					
	E 38°																					
	R																					
	A 37°																					
	T																					
	U 36°																					
	R																					
APGAR	A 35°																					
PRESIÓN ARTERIAL	180																					
	170																					
	160																					
	150																					
	140																					
	130																					
	120																					
	110																					
	100																					
	90																					
RESPIRACIONES PULSO	110																					
	100																					
	90																					
	80																					
	70																					
	60																					
	50																					
	40																					
	30																					
	20																					
ALTURA UTERINA	10																					
	40																					
	32																					
	26																					
	24																					
	20																					
	16																					
	12																					
8																						
4																						
LATIDOS FETALES																						
LOQUIOS																						
EPISIORRAFIA																						
VÓMITOS																						
HECES																						
TALLA	PESO																					
BALANCE HÍDRICO																						
APELLIDO PATERNO		MATERNO				NOMBRE				EDAD				N° CAMA				N° HISTORIA CLÍNICA				

0462



HISTORIA CLÍNICA DE HOSPITALIZACIÓN
GINECO - OBSTÉTRICA

Dirección Regional de Salud Cusco
RED DE SERVICIOS DE SALUD
CUSCO NORTE



FECHA HORA

HC.:

Cama

I.- DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres _____ Edad Años

Estado Civil S C V D CV Domicilio _____

Lugar de Nacimiento C S S Procedencia _____ Escolaridad _____

Ocupación _____

II.- ENFERMEDAD ACTUAL

III. HISTORIA GINECO-OBSTÉTRICA

A. Personales

A.1.- Fisiológicos

M años RC Cantidad + ++ +++ Dolor No Si

G P FURN FPP

Anticoncepción No Si Tipo _____

Gestaciones anteriores

Orden 1 2 3 4 5 6

Duración (m) _____

Evolución _____

(ab, P, Ent, P, Dist) _____

Fecha: _____

A.2.- Patológicos _____

A.3.- Familiares _____

A.4.- Hábitos _____

IV. EXAMEN CLÍNICO

B.- Estado General _____

PA P x FR x Temp °C Talla cm. Peso Actual Kg. P.Usual Kg.

Piel _____ Mucosas _____

Cabeza _____ Cuello (tiroides) _____

Cardiovasc. _____

Pulmones _____

Mamas _____

Abdomen _____

Miembros inferiores _____ ROT _____

Prótesis de algún tipo _____

0461

C. Examen Preferencial Gineco-Obstétrico

cm. Sit L T Pos I D Pres C P LCF X Reg Irreg.

D.U. F 10' D x I + ++ +++ Pond. F. Grs.

Genit. Ext _____

Exp. Con espéculo _____

Tacto Vaginal _____ D _____ B _____ AP _____ Membranas _____

Pelvis: _____

Compatib. Feto-pelvico Si No DUDOSA

V. EX. AUXILIARES

G.S. FRH HB _____ Hto _____ G _____ RPR _____

Fecha: _____

VI. DIAGNOSTICO

VII. INDICACIONES

OBSERVACIONES

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	HCL	MED. TRATANTE



PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO
N° HC: _____

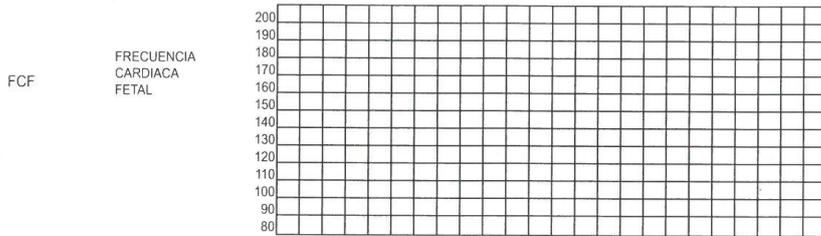
Dirección Regional de Salud Cusco
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE



NOMBRE: _____ Edad: ____ FO: G P

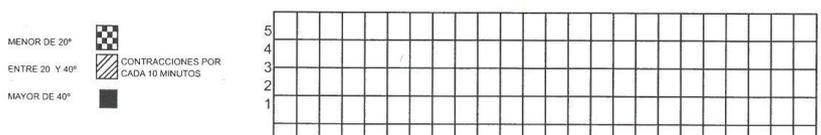
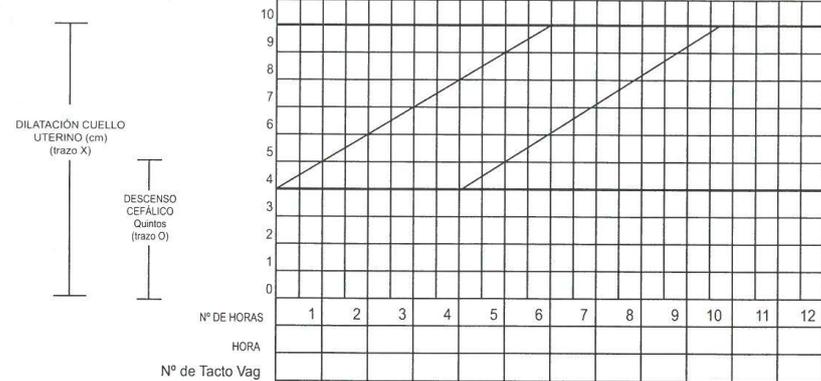
FECHA DE INGRESO: _____ HORA DE INGRESO: _____ TIEMPO DE MEMBRANAS ROTAS _____ HORAS

DIAGNÓSTICO: _____ OBSTETRA RESPONSABLE: _____



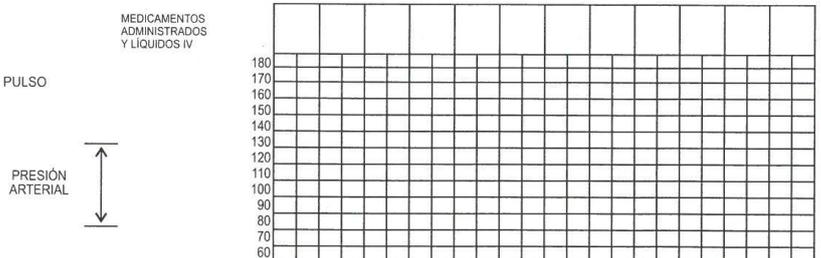
INTEGRAS: I LIQUIDO AMNIÓTICO
ROTAS: R MOLDEAMIENTO
LIQ. CLARO: C
LIQ. MECONIAL: M
LIQ. SANGUINOLENTOS: S

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



OXITOCINA UL GOTAS/MIN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



TEMPERATURA C°

ORINA { PROTEÍNA, ACETONA, VOLUMEN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PARTO

FECHA: _____
HORA: _____
RESPONSABLE: _____

RN: _____
SEXO: _____
PESO: _____
TALLA: _____
PC: _____
PT: _____
APGAR: _____

-4
-3
-2
-1/0
+1/+2
+3/+4

DESCENSO CEFÁLICO (De Lee)

PERIODOS DEL PARTO DURACIÓN

1° _____
2° _____
3° _____

Medicamento

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

0460



ATENCIÓN DE PARTO

Dirección Regional de Salud Cusco
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE



PERIODO EXPULSIVO			
Fecha de nacimiento:	_____	Hora _____	Duración: _____
Inicio. Espontaneo	()	Inducido ()	Causa _____
Tipo de Parto: Eutócico	()	Distócico ()	Causa _____
	Sencillo ()	Múltiple ()	
Vía de Parto: Vaginal	()	Cesarea ()	Causa ()
	Instrumento ()	Vacuum ()	Fórceps ()
Anestesia: Local	()	Regional ()	General ()
Episiotomía: NO SI	Media ()	Mendiolateral ()	Lateral ()
Desgarro	NO SI	1°	2° 3° 4°
Líquido Amniótico: Color:	_____	Aspecto _____	Cantidad _____
Observaciones: _____			
RECIÉN NACIDO			
Sexo	(M) (F)	Peso :	_____
INDICE DE APGAR			Aspecto General _____
	1'	5'	10'
Frecuencia Cardíaca			
Activ. Respiratoria			
Tono muscular			
Irritabilidad			
Color Piel			
Total			
			Malformación Congénitas _____
			Edad gestacional: _____
			Apgar: _____
PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO			
Mecanismo: Schultze ()	Duncan ()	Duración: _____	
Alum. Dirigido IM ()	EV ()	Espontáneo ()	Expresión () Extracción manual ()
Pérdida Sanguínea: 200 - 300 - 400 - 500 - Mas de 600 cc.:			
Placenta Diámetros:	* x _____	cm	Peso: _____ gr Forma: _____
Membranas: Completas ()	Incompletas ()	Infartos Calcificaciones ()	Disociadas ()
Cordón Umbilical: Longitud: _____	cm	Grosor _____	cm.
Implantación: Concéntrica ()	Excéntrica Marginal ()	Velamentosa ()	
Nudosidades: Falsos ()	Verdaderos ()		
Circular: Simple ()	Doble ()	Otros ()	
Revisión Instrumental: _____			

CONTROL POST PARTO			
P/A:	T°	Pulso:	Respiración:
Útero: Contraído ()	Flácido ()	Altura Uterina: _____	cm.
Observaciones: _____			

Egreso de Sala de Partos Fecha: _____ Hora: _____			
Estado de la Madre: _____			
Estado del Recién Nacido: _____			
Medicamentos usados: _____			

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	H CL	OBST. TRATANTE

0459



PERÚ Ministerio de Salud



RED CUSCO ORTE

N° HC

= significa ALERTA = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres: _____

Establ. Origen: _____ No Aplica

DNI (L.E.) N°

Dirección: _____

Localidad: _____

Departamento: _____ Provincia: _____

Distrito: _____ Teléfono: _____

Establecimiento: _____

AUTOGENERADO:

Ocupación: _____ Edad: < 15 > 35

Estudios: Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ. Años aprobados

Estado Civil: Casada Conviviente Soltera Otro Padre R.N.: _____

Estado

HCMP: Control Prenatal Aborto Parto Producto de la concepción: Hijo Único Embarazo Múltiple Origen Aborto

Ingreso Fecha y hora: ____/____/____ : ____:____

Temperatura <input type="text"/>	PRESENTACION: Cefálica <input type="checkbox"/>	TAMAÑO FETAL ACORDE: No <input type="checkbox"/>	INICIO: Espontáneo <input type="checkbox"/>	MEMBR. AL INGRESO: Rotas <input type="checkbox"/>	LIQ. AMNIOTICO: Claro <input type="checkbox"/>
Edad Gestac. <input type="text"/>	Pelviana <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Inducido <input type="checkbox"/>	Integras <input type="checkbox"/>	Verde claro <input type="checkbox"/>
	Transversa <input type="checkbox"/>		Cesárea electiva <input type="checkbox"/>	FECHA Y HORA DE RUPTURA: _____	Verde oscuro <input checked="" type="checkbox"/>

MEDICACIÓN: Sin medicación

1. _____ 2. _____ 3. _____

MEDICAMENTOS

1. _____ 2. _____ 3. _____

Terminación Fecha: ____/____/____

TERMINACION: Espontánea <input type="checkbox"/>	DURACION: Normal <input type="checkbox"/>	MUERTE INTRAUT.: No hubo <input type="checkbox"/>
sps <input type="checkbox"/>	Prolongado <input type="checkbox"/>	Durante embarazo <input type="checkbox"/>
Cesárea <input type="checkbox"/>	Precipitado <input type="checkbox"/>	Durante parto <input type="checkbox"/>
Vacuum <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	Momento desconocido <input type="checkbox"/>

INDIC. PRINC. PARTO OPER. O INDUCC. (ver anexo) No hubo

EPISIOTOMIA: No Si No Aplica

DESGARROS: No hubo I II III/IV No aplica

ALUMBRAM.: Manual Espontáneo

PLACENTA: Incompleta Completa

Atención

Nivel: <input type="checkbox"/> Primerizo <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Domiciliario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Colecta <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado o pacera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	PARTO O LEGRADO <input type="checkbox"/>	NENATO <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Parto o Legrado uterino atendido por:	<input type="checkbox"/> Neonato atendido por:

No. HC RN: _____

NOMBRE RN: _____

Recién Nacido

Sexo: Fem Mas. Peso: g <2500 g <1500 g

Talla: mm. P. Cef: mm. Temp °C

Examen VIH: - + No se hizo

Reanimación Respiratoria: No Oxígeno Bolsa y Máscara Intub. endotra.

S. Luética RN /DRL/RPR: - + No se hizo

Exam. Físico: Normal Anormal Contacto piel a piel

Alojamiento Conjunto: Si No SI

Edad por Ex. Físico: sem <37

APGAR: 4-6 0-3

1°

04381

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O No se hizo

Rh: Rh + Rh - No se hizo

Vitamina K Si No

Profilaxis Ocular: Si No

Vacunas RN

BCG: Si No

Polio: Si No

Patologías Recién Nacido Si: patologías Fecha: ____/____/____

Otras (CIE 10)

1: _____ 1:

2: _____ 2:

3: _____

Horas/días postparto o aborto			
Temperatura			
Pulso (latidos/minuto)			
Tens. Arterial max/min. (mm.Hg)			
Involución uterina			
Característica de Loquios			
Herida oper. (abdominal/periné)			
Observaciones			

Egreso RN

Egreso: Sano Con Patología Traslado Fallece No Aplica

Dx. Fallecim. : _____

Dx. Traslado : _____

Establ. Trasl. : _____

Alimento: Pecho solo Pecho y Artificial Artificial solo No Aplica

Peso g

Egreso Materno Fecha: ____/____/____

Egreso: Sano Con Patología Traslado Fallece No Aplica

Dx. Fallecim. : _____

Dx. Traslado : _____

Establ. Trasl. : _____

Anticonceptivos

Abstinencia Periódica : Progéstg. Inyectables :

Condón : Progéstg. Orales :

DIU : Sólo Consejería :

Ligadura Tubaria : Ninguno :

MELA : Otro :

Reingreso RN Fecha: ____/____/____

Reingreso: No Si

Diagnóst. _____

Fecha egreso: ____/____/____

Egreso: Sano Con Patología Traslado Fallece No Aplica

Dx. Fallecim. : _____

Dx. Traslado : _____

Establ. Trasl. : _____

Reingreso Materno Fecha: ____/____/____

Reingreso: No Si

Diagnóst. _____

Fecha egreso: ____/____/____

Egreso: Sano Con Patología Traslado Fallece No Aplica

Dx. Fallecim. : _____

Dx. Traslado : _____

Establ. Trasl. : _____

Control del RN : Si No Fecha: ____/____/____

Control Puerperal : Si No Fecha: ____/____/____

INDICACIONES DE ALTA:

.....

.....

EPICRISIS:

 <p>Gobierno Regional CUSCO <small>Comunidad Andina</small></p>	<p><small>Dirección Regional de Salud Cusco</small></p> <p>RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE</p>		
<h2>EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA</h2>			
FECHA: _____ TURNO: MAÑANA () TARDE () NOCHE () HORA: _____ FUNCIONES VITALES:			
PRESIÓN ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL			
FECHA: _____ TURNO: MAÑANA () TARDE () NOCHE () HORA: _____ FUNCIONES VITALES:			
PRESIÓN ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL			
APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	H. CL	N° CAMA

0456

 <p>Gobierno Regional CUSCO <small>Comando en Jefe</small></p>	<p>Dirección Regional de Salud Cusco CUSCO NORTE</p>		
<h3>EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA</h3>			
FECHA: _____ TURNO: MAÑANA () TARDE () NOCHE () HORA: _____ FUNCIONES VITALES:			
PRESIÓN ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL			
FECHA: _____ TURNO: MAÑANA () TARDE () NOCHE () HORA: _____ FUNCIONES VITALES:			
PRESIÓN ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL			
APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	H. CL	N° CAMA
			0455

 Gobierno Regional CUSCO <small>Comando en Jefe</small>	Dirección Regional de Salud Cusco RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE		
EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA			
FECHA: _____ TURNO: MAÑANA () TARDE () NOCHE () HORA: _____ FUNCIONES VITALES:			
PRESIÓN ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL			
FECHA: _____ TURNO: MAÑANA () TARDE () NOCHE () HORA: _____ FUNCIONES VITALES:			
PRESIÓN ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL			
APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	H. CL	Nº CAMA



Gobierno Regional
CUSCO
 Cusco, 20 de Abril de 2023

Dirección
 Regional de
 Salud Cusco

RED DE SERVICIOS DE SALUD
 CUSCO NORTE



EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA

FECHA: _____ TURNO: MAÑANA () TARDE () NOCHE ()
 HORA: _____
 FUNCIONES VITALES:

PRESIÓN ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FECHA: _____ TURNO: MAÑANA () TARDE () NOCHE ()
 HORA: _____
 FUNCIONES VITALES:

PRESIÓN ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	H. CL	N° CAMA

0454

	Gobierno Regional CUSCO <small>Desarrollando el futuro</small>	<small>Dirección Regional de Salud Cusco</small> RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE		
<h2>EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA</h2>				
FECHA: _____ TURNO: MAÑANA () TARDE () NOCHE ()				
HORA: _____				
FUNCIONES VITALES:				
PRESIÓN ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL				
FECHA: _____ TURNO: MAÑANA () TARDE () NOCHE ()				
HORA: _____				
FUNCIONES VITALES:				
PRESIÓN ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL				
APELLIDOS Y NOMBRES		EDAD	H. CL	N° CAMA



ANÁLISIS DE LABORATORIO

Dirección
Regional de
Salud Cusco

RED DE SERVICIOS DE SALUD
CUSCO NORTE



RESULTADOS

Horizontal lines for laboratory results.

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Servicio

Nº de Cama

H.C.:

0453

 Gobierno Regional CUSCO <small>Caminando Juntos</small>	Dirección Regional de Salud Cusco	RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE		
EPICRISIS				
DATOS DEL PACIENTE:				
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		HISTORIA CLÍNICA N°
SERVICIO		N° CAMA	EDAD	FECHA
DIAGNÓSTICO DE INGRESO				
RESUMEN				
PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS				
1.- CÓDIGO CIE-10				
2.- CÓDIGO CIE-10				
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				
1.- CÓDIGO CIE-10				
2.- CÓDIGO CIE-10				
FECHA DE EGRESO		HORA DE EGRESO		DÍAS DE ESTADIO TOTAL
TIPO DE ALTA		COND. DE ALTA		PRONÓSTICO
DIAGNÓSTICO DE EGRESO:				
FIRMA DEL MÉDICO 0452				

FORMATO N°14



TERAPÉUTICA MEDICA

14



Ministerio de Salud
Perú. Todos con atención y precisión

Norma: Toda indicación debe ir seguida por la firma y sello del médico.

- | | | |
|----------------------|-----------------------|--------------------------|
| (1) Fecha y Hora | (4) Trat. Etiológico | (7) Otras indicaciones |
| (2) Dieta | (5) Trat. Específico | (8) Proced. Enfermería |
| (3) Trat. Parenteral | (6) Trat. Sintomático | (9) Firma y Sello Médico |

Fecha y Hora

INDICACIONES

APELLIDOS

NOMBRES

CAMA

HIST. CLINICA

0466

FORMATO N°15



Gobierno Regional
CUSCO
Caminando Juntos

FICHA ÚNICA DE RECIÉN NACIDO

Dirección Regional de Salud Cusco

RED DE SERVICIOS DE SALUD
CUSCO NORTE



HC: _____

Apellidos del RN: _____ Sexo: _____ F.Nac.: _____ Hora: _____

DATOS MATERNOS:

Nombres y Apellidos de la Madre: _____ Edad: _____

Estado Civil Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/>	Grado de Instrucción Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>	Ocupación Ama de Casa <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Ambulante <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---	---

Procedencia Provincia: _____ Distrito: _____ Dirección Actual: _____	Fecha y Hora del Ingreso de la Gestante al Servicio de Gineco-Obstetricia y/o Sala de Partos Fecha: ____/____/____ Hora: _____
Apellidos y Nombres del Padre: _____	

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: FORMULA GESTACIONAL

Gestas <input type="checkbox"/> Abortos <input type="checkbox"/> Partos <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/>	Vaginales <input type="checkbox"/> Nacidos Vivos <input type="checkbox"/> Muerto 1° sem <input type="checkbox"/> Después 1° sem <input type="checkbox"/>	Controlada SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° Connoles: _____ Vacuna SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° Dosis: _____
06>3 <input type="checkbox"/> <2500g <input type="checkbox"/> <37Sem <input type="checkbox"/>	Donde se controló Ninguno <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"/> Particular <input type="checkbox"/>	Serológico: Fecha: ____/____/____ (+) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Dilución: _____ Tipo de Sangre Materna Fecha: ____/____/____ No tiene <input type="checkbox"/> Grupo (O,A,B,AB) <input type="checkbox"/> Rh (+) (-) <input type="checkbox"/>

Peso Inicial del Embarazo: _____ Kg. Talla/Madre _____ Peso Final del Embarazo: _____ Kg. 1m. Cm.	Riesgo Obstétrico Sin Calificar <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>	Antecedentes Familiares: Ninguna <input type="checkbox"/> Gemelares <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> H.T.A. <input type="checkbox"/> Anomalia <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enf. Congén <input type="checkbox"/> Embarazo Múltiples <input type="checkbox"/> Otros: _____
--	---	--

Patologías durante el Embarazo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Patologías durante el Parto: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tipo Parto: Eutócico <input type="checkbox"/> Distócico <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/>
--	---	--

Presentación: Cefálico <input type="checkbox"/> Pelviana <input type="checkbox"/> Otros _____	Inicio Trabajo Parto: Espontáneo <input type="checkbox"/> Inducido <input type="checkbox"/> Conducido <input type="checkbox"/> Cesárea Electiva <input type="checkbox"/>	Maduración Pulmonar: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Membranas al Ingreso: Integras <input type="checkbox"/> Rotas <input type="checkbox"/>	Tiempo de Ruptura de membranas: Horas _____	Recibió Tratamiento por R.R.M.: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	--	---

Fecha y Hora del llenado de la ficha: ____ / ____ / ____ am/pm.

MÉDICO RESPONSABLE

ENFERMERA RESPONSABLE

FIRMA DE LA MADRE

EE.SS. DE PROCEDENCIA: _____

0474

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

Apellidos del R.N.: _____

Riesgo neonatal: Alto Bajo

Tipo de Admisión: SIS Por su cuenta Referido

Sexo: Masculino Femenino

Peso: _____ (g)

Talla: _____ (cm)

Perímetro Cefálico: _____ (cm)

Perímetro Torácico: _____ (cm)

APGAR	1°	5'	10'
F° C.			
Respiración			
Tono Musc.			
Irritabilidad			
Color de piel			
TOTAL			

Reanimación: SI NO VPP VPP+Masaje

Edad gestacional por FUR: _____ Sem

Información del Parto Extrahospitalario:

Terminación del Parto: Espontáneo Fórceps Cesárea Placenta: _____

Duración del Expulsivo: Normal Prolongado Precipitado

Líquido Amniótico: Claro Verdoso Puré de Arvejas

Vacuna de R.N.: Hvb BCG Fecha: __/__/__

TIPO DE PARTO: _____

Serológico: (+) (-) No tiene

Dilución: _____

Tipo de Sangre del R.N.: Grupo: _____ R.H.: _____ Fecha: __/__/__

OBSERVACIÓN: _____

DIAGNÓSTICOS DEL RECIÉN NACIDO
Edad Gestacional por Capurro: _____ Sem.
Dx. Del Recién Nacido:
RNT.AEG RNPT.AEG RNPostT. AEG
RNT.GEC RNPT.GEC RNPostT. GEG
RNT.PEG RNPT.PEG RNPostT. PEG

Destino Inmediato:
Alojamiento Conjunto
Hospitalización UCIN
Hosp. Cuidados Intermedio
Reingreso Hospitalización

IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

PLANTA DERECHA PRIMERA TOMA

CAPURRO					PUNTAJE	
Dedo Índice	OREJA	Aplanada sin forma Incurvación escasa o nula del pabellón 0	Pabellón parcialmente Incurvado en el borde superior 8	Pabellón Incurvado en todo el borde superior 16	Pabellón Totalmente Incurvado 24	
	GLÁNDULA MAMARIA	No palpable 0	Palpable menor de 5 mm 5	Palpable entre 5 y 10 mm 10	Palpable mayor de 10 mm 15	
	PEZÓN	Apenas visible sin areola 0	Diámetro menor de 7,5 mm Areola lisa y chata 5	Diámetro mayor de 7,5 mm Areola punteada borde no levantado 10	Diámetro mayor de 7,5 mm Areola punteada borde levantado 10	
	PIEL	Muy fina gelatinosa 0	Fina lisa 5	Fina gruesa discreta descamación superficial 10	Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15	Grietas gruesa profundas 20
	PLIEGUES PLANTARES	Sin pliegues 0	Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	Marcas bien definidas en la mitad anterior Surcos en tercio anterior 10	Surco en la mitad anterior 15	Surco en más de la mitad anterior 20
Se suma puntaje parcial 204 y se divide entre 7					Total	
EDAD GESTACIONAL						



Dirección Regional de Salud Cusco
RED DE SERVICIOS DE SALUD
CUSCO NORTE



MONITOREO DE FUNCIONES VITALES

FECHA		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10			
DÍAS HOSPITALIZADOS		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
T E M P E R A T U R A	40°																						
	39°																						
	38°																						
	37°																						
	36°																						
	35°																						
	180																						
	170																						
	160																						
	150																						
	140																						
130																							
120																							
110																							
100																							
90																							
80																							
70																							
60																							
50																							
40																							
30																							
20																							
10																							
0																							
180																							
170																							
160																							
150																							
140																							
130																							
120																							
110																							
100																							
90																							
80																							
70																							
60																							
50																							
40																							
30																							
20																							
10																							
0																							
ORDENES DE LABORATORIO																							
DIURESIS																							
MECONIO																							
VOMITOS																							
CONTROL DE PESO DIARIO																							
BALANCE HÍDRICO																							
APELLIDO PATERNO																							
MATERNO																							
NOMBRE																							
EDAD																							
N° CAMA																							
N° HISTORIA CLÍNICA																							
REFERIDO/:																						0473	



Dirección Regional de Salud Cusco
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE



Examen Físico		DETALLE DE LO ANORMAL	EVOLUCIÓN
1.- Estado general	<input type="checkbox"/>		
2.- Piel	<input type="checkbox"/>		
3.- Cabeza	<input type="checkbox"/>		
4.- Pabellón 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.- Toráx	<input type="checkbox"/>		
10.- Cardiovascular	<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"/>		

Dx. del R.N. Patológico

--	--	--

EVALUACIÓN EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

DÍA	FECHA		EDAD	Lactancia			Examen Físico	
	MES	AÑO		Buena	No Lacta	Vomita	Normal	Anormal
				<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>				

DIAGNÓSTICO	INDICACIONES /
1 _____	
2 _____	
3 _____	
4 _____	

PESO AL ALTA	PRÓXIMA CITA _/_/___	INTERNO RESPONSABLE	MÉDICO
--------------	-------------------------	---------------------	--------

EVALUACIÓN EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

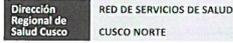
DÍA	FECHA		EDAD	Lactancia			Examen Físico	
	MES	AÑO		Buena	No Lacta	Vomita	Normal	Anormal
				<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>				

DIAGNÓSTICO	INDICACIONES /
1 _____	
2 _____	
3 _____	
4 _____	

PESO AL ALTA	PRÓXIMA CITA _/_/___	INTERNO RESPONSABLE	MÉDICO
--------------	-------------------------	---------------------	--------

APELLIDOS DEL RN: _____

0472



EVALUACIÓN EN ALOJAMIENTO CONJUNTO							
DÍA	FECHA		EDAD	Lactancia		Examen Físico	
	MES	AÑO		Buena <input type="checkbox"/>	No Lacta <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
				Vomita <input type="checkbox"/>			
DIAGNÓSTICO					INDICACIONES / OBSERV.		
1. _____							
2. _____							
3. _____							
4. _____							
PESO AL ALTA		PRÓXIMA CITA		INTERNO RESPONSABLE		MÉDICO RESPONSABLE	
		_ / _ / _					

OBSERVACIONES MÉDICAS		
FECHA	HORA	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES MÉDICAS		
FECHA	HORA	OBSERVACIONES

APELLIDOS DEL RN: _____

 Gobierno Regional CUSCO Caminando Juntos	Dirección Regional de Salud Cusco RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE		
EPICRISIS			
DATOS DEL PACIENTE:			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
SERVICIO	N° CAMA	EDAD	FECHA
DIAGNÓSTICO DE INGRESO			
RESUMEN			
PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS			
1.- CÓDIGO CIE-10			
2.- CÓDIGO CIE-10			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
1.- CÓDIGO CIE-10			
2.- CÓDIGO CIE-10			
FECHA DE EGRESO	HORA DE EGRESO	DÍAS DE ESTADIO TOTAL	
TIPO DE ALTA	COND DE ALTA	PRONÓSTICO	
DIAGNÓSTICO DE EGRESO:			
FIRMA DEL MÉDICO 0468			

ESCALA LATCH

FECHA /EVALUACION	PUNTAJE	RESPONSABLE

SITUACIONES ESPECIALES:

- **DE LA MADRE:** fumadora, obesa, adolescente,
- **DEL RN:** BPN, RCIU, PEG, deprimido,

AREAS	ESCALA DE PUNTUACION		
	0	1	2
Coger (Agarre)	<ul style="list-style-type: none"> • Demasiado dormido • No se coge al pecho 	<ul style="list-style-type: none"> • Repetidos intentos de cogerse • Mantiene el pezón en la boca • Llega a succionar 	<ul style="list-style-type: none"> • Agarra al pecho (<i>profundo</i>) • Lengua debajo, <i>mentón y nariz al pecho</i> • Labios que ajustan (<i>evertidos</i>) • Succión rítmica
Deglución audible (reflejo de succión)	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> • Un poco de ruido o signos de transferencia de leche tras estimulación 	<ul style="list-style-type: none"> • Espontáneo e intermitente (si menos de 24h de vida) • Espontáneo y frecuente (si más de 24h de vida)
Tipo de pezón	<ul style="list-style-type: none"> • Invertidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Planos (<i>no elásticos</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evertidos (<i>naturales</i> o tras estimulación)
Comodidad/ Confort (pecho/ pezón)	<ul style="list-style-type: none"> • Ingurgitados • Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes • Disconfort, dolor severo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de tensión en los pechos cuando están llenos • Pezón enrojecido, con ampollas o rozaduras pequeñas • Molestia leve o moderada 	<ul style="list-style-type: none"> • Mamas blandas • No dolor
Mantener colocado al pecho (disposición/posición)	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mínima ayuda (colocar una almohada) • Si se le enseña <i>la técnica</i> de un lado, la madre lo coloca del otro • El personal <i>entrena</i> y luego la madre sigue 	<ul style="list-style-type: none"> • No es necesario la ayuda del personal • La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

* Los agregados en cursiva se agregan para mejor comprensión y aplicación de la escala.

- 2: Se cumplen **todos** los criterios del área de evaluación.
 1: Se cumple **al menos uno** de los criterios del área de evaluación.
 0: Se cumple **al menos uno** de los criterios del área de evaluación

- **0-3 PUNTOS** Importante dificultad.
- **4-8 PUNTOS** Dificultad Moderada.
- **9-10 PUNTOS** Sin dificultad/situación óptima

ACTIVIDADES CLAVE EN LM

- Tour informativo: ○
- Entrenamiento en Técnica básica LM: ○
- Entrenamiento en Extracción Manual LM: ○
- LM diferida con:
- Cantidad/N°/día:

EVALUACION DE TRANSFERENCIA LM

	N°	COLOR	CARACT.	FECHA
MECONIO				
ORINA				
	N°	COLOR	CARACT.	FECHA
MECONIO				
ORINA				
	N°	COLOR	CARACT.	FECHA
MECONIO				
ORINA				

0467

FORMATO N°16



Dirección Regional de Salud Cusco
RED DE SERVICIOS DE SALUD
CUSCO NORTE



ANEXO N° 6

FICHA DE REGISTRO DE GESTANTES ALOJADAS 1

NOMBRE DE LA CASA MATERNA: _____

Fecha:

Hora:

Nombre de la madre Edad:

N° de DNI: N° de hijos:

N° de hijos menores de 5 años:

Procedencia:

Comunidad/Centro Poblado Distrito

Tiempo de embarazo en meses: Se controló este embarazo:

SI NO

¿Dónde?

¿Cuántos controles?

Idioma que habla la gestante:

Razones por las que acude a la Casa Materna:

- Vive lejos
- Tiene alguna complicación
- No tiene quien la acompañe en su casa
- Otra razón,

especifique:

Cosas que trae, aparte de su vestimenta:

Si es puérpera, fecha en que ha dado a luz: ¿Viene con RN?

SI NO

Lugar donde ha dado a luz:

¿Tiene pareja?

¿Con quiénes vive?

¹ Adaptado de documento técnico "Casas de Espera Materna: Modelo para su implementación"
Aprobado con R.M. N° 674-2006/MINSA

0477

Personas que le acompañan: NO SI..... N°.....

Quienes	Parentesco	Idioma que habla

Gestante o puerpera referida por:

¿Quién refiere?	SI	NO
Personal de Salud		
Agente comunitario de salud (partera / curandero / promotor)		
Otros		

Anteriores ingresos a la casa materna

Fecha de ingreso	Motivo de ingreso	Fecha de egreso	Observaciones

Estancia: Reporte de Actividades Diarias en Casa Materna (Ver y llenar Anexo 5)

Egreso: Alta () Fuga (.) Retiro voluntario ()

Datos del parto: Fecha: Hora:

Atendido por:

Ayudantes (considerar partera, esposo, otro según caso):
.....

Posición del parto: Acostada () Cuclillas () Rodillas () Sentada () Acostada ()

RN: APGAR:

Sexo:..... Peso:..... Talla:..... Per. Cefál:.....

Estado de salud a su salida de la gestante

Estado de salud a su salida del recién nacido.....

Persona que autoriza su salida:.....

Días de estancia en la casa materna:.....

Persona responsable:

OBSERVACIONES:

ANEXO N° 7

**REPORTE DE EVENTOS O SUCESOS DIARIOS REFERENTES A
GESTANTES Y/O NEONATOS ALOJADOS EN LA CASA MATERNA**

NOMBRE DE LA GESTANTE Y/O NEONATO: _____

Fecha	Hora	Evento o suceso	Acción tomada	Persona que reporta

0476

ANEXO N° 8

REPORTE DE ACTIVIDADES DIARIAS EN LA CASA MATERNA

NOMBRE DE LA GESTANTE: _____

Actividades	Día Fecha:					
<p>Educativas- comunicacionales sobre prácticas y comportamientos saludables para la gestante, neonato y su familia.</p> <p><u>Temas sugeridos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Preparación de alimentos. ➤ Lactancia Materna Exclusiva. ➤ Higiene y cuidado de la gestante. ➤ Higiene y cuidado del neonato (abrigo, vacunas, signos de alarma). ➤ Importancia de las vacunas. ➤ Importancia de la atención prenatal y post parto. ➤ Derecho a la identidad del RN (Certificado de nacimiento) ➤ Compilar costumbres en parto, puerperio (placenta, mates, alimentación, otros) ➤ Roles de la pareja. <p><u>Se utilizarán las siguientes metodologías:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sesión demostrativa ➤ Sesión educativa ➤ Consejería ➤ Talleres formativos (tejido, collares, costura, biohuertos) ➤ Grupos de apoyo. 						

ANEXO N° 9

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS (A ser aplicada por el comité de vigilancia u otros factores sociales)

La sugerencia es que los miembros del Comité Impulsor como órgano de vigilancia y control, se puedan organizar y cada mes, por ejemplo, puedan entrevistar por lo menos a una o dos madres que hayan usado las instalaciones de la Casa Materna, antes de que se retiren a su domicilio. La encuesta es anónima. A continuación sugerimos algunas preguntas, cuyas respuestas deben ser anotadas usando las mismas expresiones de la madre.

Casa Materna "Denominación"Fecha:

Señora, estamos muy interesados en saber como se ha sentido usted durante su estancia en la Casa Materna, para ello le vamos a hacer algunas preguntas y mantendremos su nombre en reserva. Su opinión es muy valiosa y va a ayudarnos a mejorar la atención.

¿Cuántos días ha permanecido usted aquí?
.....

¿Con qué familiares ha estado acompañada?
.....

¿Qué le pareció la Casa Materna?
.....

¿Hay alguna cosa que le haya incomodado?
.....

¿Cómo estuvo la alimentación?
.....

¿Cómo estuvo la habitación? ¿Estuvo cómoda?
.....

¿Qué es lo que más le gustó de las instalaciones?
.....

¿En qué otras actividades ha participado? ¿Qué le parecieron?
.....

¿Cómo ha sido el trato de la Sra. (Persona responsable de la atención de la Casa Materna)?

¿Cómo ha sido el trato del personal de salud?
.....

¿Qué es lo que más le preocupaba mientras estuvo aquí en la Casa Materna?
.....

¿Qué debería mejorarse en la atención de la Casa Materna?
.....

0475

FORMATO N°17



Dirección Regional de Salud Cusco

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE



ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ CUSCO

17



PREGUNTAS PARA EL TAMIZAJE DE VIOLENCIA A MUJERES EN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA O EXPAREJA

El siguiente listado de preguntas se presenta con la finalidad de indagar si la mujer se encuentra en situación de violencia de pareja o expareja. Esta lista de chequeo se realiza, dejando a consideración su adaptación, de acuerdo a las circunstancias y lenguaje de las usuarias; así como también, el profesional de salud podrá considerar aquellas otras preguntas que estime convenientes. Se sugiere recordar a la entrevistada que la pareja está compuesta por dos personas que tienen diferentes gustos y costumbres por lo que es natural que existan desacuerdos en la vida cotidiana.

Preguntas para relacionar el motivo de consulta con un posible maltrato

1. ¿Cómo se siente con usted misma?
2. ¿Mantiene su apetito, sueño y deseos de realizar sus actividades como de costumbre?
3. ¿Toma algo (medicación u otro que le hayan recomendado) para sentirse mejor?

Para preguntar a las usuarias sobre sus relaciones de pareja o expareja

4. ¿Cómo se siente en las relaciones cotidianas con su pareja o expareja?
5. ¿Cuáles son los desacuerdos más frecuentes que se dan con su pareja o expareja?
6. ¿Cómo manejan estos desacuerdos? ¿Llegan a las discusiones?
7. Generalmente, ¿cómo terminan las discusiones con su pareja o expareja?
8. ¿Su pareja o expareja se enoja con facilidad o tiene arranques inesperados de cólera?

Para preguntar directamente a las usuarias sobre una posible violencia, el profesional de la salud debe realizar las siguientes preguntas:

Cuestionario				Puntaje
1	En general ¿Cómo describiría su relación de pareja?			
	Estresante (3 puntos)	Un poco estresante (2 p)	Nada estresante (1 p)	
2	Usted y su pareja resuelven las discusiones con:			
	Mucha dificultad (3p)	Algo de dificultad (2p)	Sin dificultad (1p)	
3	Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal con usted misma?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
4	Las discusiones ¿terminan en golpes, patadas o empujones?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
5	¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
6	Su pareja ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
7	Su pareja ¿la insulta, grita, humilla o descalifica verbalmente?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
8	¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
PUNTAJE TOTAL				

Interpretación:

	Punto mínimo	Puntaje máximo
Tamizaje positivo	>15	24
Tamizaje negativo	8	15
Si una o más preguntas 4 y 7 son (+), incluso aunque total fuera < de 15 (asegurada la comprensión de las preguntas)	Caso de violencia confirmado - Tamizaje positivo.	

⁵⁵ Se utiliza para este apartado la versión adaptada del Woman Abuse Screening Tool (WAST) (Chile)⁵⁵, consta de 8 preguntas tipo Likert que interroga sobre a) el grado de estrés existente en la relación; b) dificultad para resolver discusiones y c) existencia de episodios violentos a nivel emocional, psicológico, físico o sexual y cuyas posibles respuestas se disponen en tres niveles que van de menor a mayor gravedad: la respuesta menos deseable es evaluada con 3 puntos, la intermedia con 2 puntos y la más deseable con 1 punto; así, el máximo valor del puntaje es de 24 puntos y el mínimo de 8. En: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/152316>, visitada el 11 de junio del 2020. Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud. (2018).

0478

FORMATO N°18

18



PERÚ

Ministerio de Salud



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

Consentimiento Informado y Solicitud para la Inserción del Dispositivo Intrauterino (DIU)

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

El DIU es un pequeño dispositivo que se coloca dentro del útero (o matriz). Actúa fundamentalmente impidiendo la fecundación (unión del óvulo y el espermatozoide). Tiene una duración para 12 años.

Es frecuente ver cambios en el sangrado, en general es más profuso y prolongado, puede presentar dolor durante la menstruación, en especial los primeros meses.

Puede tener un efecto protector contra el cáncer de endometrio.

Es una opción para las mujeres con contraindicaciones para la anticoncepción hormonal.

Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.

No protegen contra las ITS o el VIH. Si hay algún riesgo de contraer ITS o VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de condones.

Si una mujer tiene altas probabilidades individuales de exposición a las infecciones por gonorrea y clamidia, no se inicia el uso del DIU.

Se coloca en los 5 primeros días de haber iniciado el sangrado menstrual. También puede ser insertado en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual si la mujer ha estado usando un método anticonceptivo y existe la certeza razonable de que ella no está embarazada.

La inserción se realiza en consulta ambulatoria. Raramente puede aparecer una reacción vagal (bajada de tensión, mareo, etc.), siempre pasajera.

El DIU es un anticonceptivo de larga duración reversible presentan una elevada eficacia contraceptiva aun así, existe un riesgo de embarazo en aproximadamente una de cada cien mujeres en el primer año de uso.

Los controles, y atención de posibles complicaciones son gratuitos.

Puedo pedir más explicaciones sobre el DIU o desistir de la aplicación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud.

Ni yo, ni mi pareja ni mis parientes perderán su derecho a atenderse o beneficiarse de los servicios de salud de este o cualquier establecimiento, cualquiera sea mi decisión con respecto a la colocación del DIU.

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

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

Fecha: ____/____/____

Firma de la Usuaria

Huella digital

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

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

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

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

Huella digital de el/la Testigo

D.N.I.

Huella digital de el/la Testigo

FORMATO N°19



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

Consentimiento Informado y Solicitud para la Inserción del Implante Subdérmico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

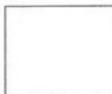
se pueden presentar algunos problemas relacionados con la inserción o en el retiro del implante:

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

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

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

Fecha: ___/___/___



Firma de la Usuaría

Huella Digital

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

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

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

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

Firma de el/la Testigo

D.N.I.



Huella Digital de la/el Testigo

0482

FORMATO N°20

20



PERÚ

Ministerio
de Salud



DISA _____
ESTABLECIMIENTO _____

Solicitud de Intervención para Ligadura de Trompas

Yo, _____, identificada con D.N.I. o L.E. N° _____ y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

1. Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles que son gratuitos que puedo elegir en lugar de la Ligadura de Trompas.
2. La Ligadura de Trompas es una operación electiva, no es una operación de emergencia.
3. Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos, complicaciones y mortalidad, poco frecuentes.
4. Después de la Ligadura de Trompas no podré tener más hijos, su efecto es permanente.
5. Existe un riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo.
6. Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación.
7. La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas.
8. Dispongo de por lo menos 3 días para pensar cuidadosamente sobre la Ligadura de Trompas y después, si es mi decisión, venir al servicio de salud para operarme.
9. Puedo pedir más explicaciones sobre la Ligadura de Trompas o desistir de la operación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud.
10. Ni yo, ni mi pareja, ni mis parientes perderán su derecho a atenderse o beneficiarse de los servicios de salud de éste o cualquier otro establecimiento cualquiera sea mi decisión con respecto a la Ligadura de Trompas.

Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria optar por la Ligadura de Trompas, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información solicitada en forma veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y post operatorias y asistir a los controles posteriores a la operación en las fechas que se me indique. Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión, ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: ___/___/___

Firma de la Usuaría
o representante legal

Firma y sello del Personal
que brinda la orientación y consejería

Huella Digital

Si la usuaria es analfabeta, un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.
Quien suscribe es testigo que la usuaria conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo

Fecha: ___/___/___

Nombre del/la Testigo: _____

D.N.I. ó L.E.: _____

Firma del/la Testigo

Huella Digital
del/la testigo

Autorización de Intervención para Ligadura de Trompas

Fecha de la intervención ___/___/___

Yo, _____ ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Ligadura de Trompas

Yo, _____, con C.M.P. _____, he verificado que la decisión ha sido tomada en forma libre e informada.

Firma o Huella Digital de la usuaria
o representante legal

Firma y sello de/la Médico/a, Cirujano/a

0485

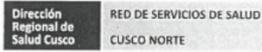
FORMATO N°21

21
T6C

SEGUIMIENTO Y MONITOREO PACIENTE

PACIENTE :		ESQUEMA DE TRATAMIENTO					
		INICIO DE TRATAMIENTO					
PROCEDIMIENTO	ESTUDIO O BASAL	MESES DE TRATAMIENTO					
		1	2	3	4	5	6
HEMOGRAMA							
GLICEMIA EN AYUNAS							
CREATININA							
PERFIL HEPATICO							
PRUEBA RAPIDA DE ELISA para VIH 1-2							
PRUEBA DE EMBARAZO (MUJERES EN EDAD FERTIL)							
RADIOGRAFIA DE TORAX							
PRUEBA DE SENSIBILIDAD RAPIDA							
BACILOSCOPIA DE ESPUTO DE CONTROL CONTROL							
CULTIVO DE CONTROL							
EVALUACION POR ENFERMERIA (MENSUAL)							
EVALUACION POR MEDICO TRATANTE (MENSUAL)							
EVALUACION POR SERVICIO SOCIAL							
EVALUACION POR PSICOLOGIA							
SEJERIA NUTRICIONAL							
CONTROL DE PLANIFICACION FAMILIAR							
CONTROL DE PESO							
EVALUACION POR ESPECIALISTA SEGUN COMORBILIDAD							
CONSULTA CON ESPECIALISTA (EXTRAPULMONARES)							
EXAMENES POR IMAGENES (EXTRAPULMONARES)							

0498



FICHA DE EVALUACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

Fecha: _____ Ficha Familiar N°: _____ Historia Clínica N°: _____

1. Dirección de Salud: _____ 2. Red de Salud: _____

3. Establecimiento de Salud: _____

I DATOS DE AFILIACIÓN:

4. Nombre del paciente: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

5. Edad: _____ 6. Sexo: _____ 7. Grado de Instrucción: _____ 8. Ocupación: _____

9. Teléfono: _____ 10. Documento de Identidad: _____ 11. Estado Civil: _____

12. Domicilio: _____
Avenida, Jr., Calle o manzana, N° ó Lote Departamento Interior

13. Referencia del domicilio: _____

14. Localidad: _____ 15. Distrito: _____ 16. Tiempo de residencia: _____

17. Procedencia: _____

**II. ANTECEDENTES
 ANTECEDENTES PERSONALES**

Tabaco	Actual	Pasado	Nunca	Cigarros/día _____ ¿Cuantos años? _____				
Alcohol	Actual	Pasado	Nunca					
Drogas	Actual	Pasado	Nunca	MH	PBC	TK	EV	Otro: _____
Para Mujeres	FUR: _____			G _____	¿Anticonceptivo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
				P _____	Sí, cual: _____			

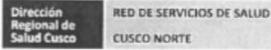
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Enfermedades y/o Intervenciones Quirúrgicas anteriores:

Tratamiento(s) de Tuberculosis anteriores(es):

	FECHA DE INICIO (DD-MM-AA)	FECHA DE TERMINO (DD-MM-AA)	DURACIÓN	ESQUEMA			LUGAR	CONDICIÓN DE EGRESO (C F A T R)
				Sensible	RAM	Resistente		
1			M					
			D					
2			M					
			D					
3			M					
			D					
4			M					
			D					
5			M					
			D					
6			M					
			D					
7			M					
			D					

0497



Antecedentes Médicos: _____

	SI	NO		SI	NO
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones - Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Renal Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis Crónica o cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastritis moderada - severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alergia a medicamentos: SI () NO () A CUALES?: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Antecedentes de tuberculosis en la familia: SI () NO ()

Contactos con TBS: Ninguno

Estado actual del Contacto: (C) Curado (T) En Tratamiento (S) Sospechoso de TB
(F) Fallecido (A) Abandono (?) No se sabe

Nombres y Apellidos	Parentesco	TRATAMIENTOS, PRUEBA DE SENSIBILIDAD, ESQUEMA ACTUAL				Estado Actual C T S F A ?
		SENSIBLE		RESISTENTE		
		Tiempo Anterior				
		Prueba de sensibilidad	Fecha:	Lab:	Cepa:	Resultado:
		Esquema Actual				
		Tiempo Anterior				
		Prueba de sensibilidad	Fecha:	Lab:	Cepa:	Resultado:
		Esquema Actual				
		Tiempo Anterior				
		Prueba de sensibilidad	Fecha:	Lab:	Cepa:	Resultado:
		Esquema Actual				
		Tiempo Anterior				
		Prueba de sensibilidad	Fecha:	Lab:	Cepa:	Resultado:
		Esquema Actual				
		Tiempo Anterior				
		Prueba de sensibilidad	Fecha:	Lab:	Cepa:	Resultado:
		Esquema Actual				

Otros antecedentes patológicos familiares: _____

III. EXAMEN FÍSICO:

BCG: SI () NO () (verificar cicatriz)



Dirección Regional de Salud Cusco
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE



Signos Vitales	Examen General _____
FC _____ (/min)	_____
FR _____ (/min)	_____
Peso _____ (kg)	Examen por Sistemas: _____
Talla _____ (cm)	_____

IV. EXÁMENES AUXILIARES:

BK INICIAL	Fecha	Resultado	N° de Registro
1ra.			
2da.			
Cultivo			

Otros exámenes: _____

RADIOGRAFÍA:

Fecha:		<ol style="list-style-type: none"> 1) Caverna 2) Tractos fibrosos 3) Infiltrado alveolar 4) Neumotórax 5) Derrame pleural 6) Nódulo 7) Diseminado / miliar 8) Bula 9) Ganglionar intratorácica 10) Cambios quirúrgicos
DD-MMM-AA		

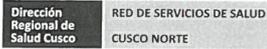
V. DIAGNÓSTICO:

VI. TRATAMIENTO: Esquema Sensible () Esquema Resistente ()

a. Medicamentos	b. Dosificación	c. Frecuencia	d. Observaciones

Firma y sello del médico tratante en el establecimiento de salud

0496



HOJA DE EVOLUCIÓN

1. Fecha: _____

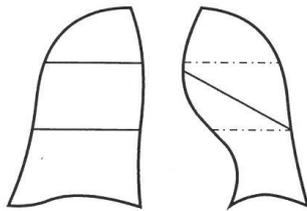
2. Motivo de la consulta: a. Terminó de I fase () b. Reacción Adversa a Medicamento ()
c. Inasistencia a tratamiento () d. Alta de tratamiento ()
e. Otros Motivos () Especificar: _____

3. Examen bacteriológico de control:
Baciloscopia: () Mes: _____ Fecha: _____ Resultado: ____ N° de Reg _____
Cultivo: () Mes: _____ Fecha: _____ Resultado: ____ N° de Reg _____

4. Otros exámenes auxiliares: _____

5. Peso actual _____ Kg.

6. Descripción de síntomas, signos ú otros: _____



7. Conclusión: _____

8. Indicaciones: _____

Firma y sello del médico tratante en el
Establecimiento de salud

0495



Dirección Regional de Salud Cusco

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE



FICHA PSICOLOGICA

ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRE Y APELLIDO: EDAD SEXO M () F ()

FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR DE NAC: OCUPACIÓN:

N° DE HIJOS: ESTADO CIVIL: DIRECCIÓN:

DX. MÉDICO: FECHA DE ENTREVISTA: N° DE ENTREVISTA:

II. MOTIVO DE CONSULTA:

III. ANTECEDENTES PERSONALES:

INFANCIA:

ADOLESCENCIA:

JUVENTUD:

ADULTEZ:

HISTORIA PSICOPEDAGÓGICA:

HISTORIA SEXUAL:

ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL, DROGA, CONDUCTAS DELICTIVAS:

ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS (DEPRESIÓN, ANSIEDAD, PSICOSIS Y OTROS)

ENFERMEDADES Y/O ACCIDENTES ANTERIORES:

IV. HISTORIA FAMILIAR

ESTRUCTURA FAMILIAR:

DINÁMICA Y ORGANIZACIÓN Y COMUNICACIÓN:

COMPROMISO Y SOPORTE FAMILIAR:

0494

V. AGENTES DE SOPORTE PARA LA ADHERENCIA

Afectado:

Familia:

VI. OBSERVACIONES DE CONDUCTA

.....
.....

VII. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

.....

VIII. TRATAMIENTO

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

IX. CONCLUSIONES

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

SESIONES POSTERIORES

FECHA	ACTIVIDADES E INFORME

Firma y sello del Psicólogo



Dirección Regional de Salud Cusco

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD INDIVIDUAL
ESTRATEGIA SANITARIA DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL ETAPA DE VIDA ADULTO, ADULTO MAYOR Y PACIENTE CON TB

DATOS GENERALES

Nombre del Paciente _____ N° H.C. [] Edad []

Nombre del Cuidador _____ Dirección: _____

DIRESA [] RED [] EESS []

1.- IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS NUTRICIONALES - Marque con una X según corresponda.

Delgadez ()	Sobre Peso ()	$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$
Obesidad ()	Anemia ()	
Diabetes ()	Avitaminosis ()	

2.- IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DEL PROBLEMA PRIORIZADO - Marque con un X según corresponda.

Escaso consumo de alimentos ricos en proteínas ()	Escaso consumo de comidas principales desayuno, almuerzo y comida ()
Incrementos de consumo de alimentos chatarra ()	Inadecuado balanceo de alimentos carbohidratos, proteínas y grasas ()
Bajo consumo de alimentos ricos en hierro ()	Incremento de alimentos ricos en hidratos y grasas ()
Escaso consumo de frutas y verduras ()	Otros: _____

3.- ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN ACUERDOS Y COMPROMISOS

4.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

PRIMER SEGUIMIENTO	FECHA: _____
Cumplió con las recomendaciones de la sesión anterior	SI () NO ()
Mejoro el estado nutricional del paciente	SI () NO ()
Se observa cambios de comportamiento en hábitos de alimentación y nutrición	SI () NO ()
OBSERVACIONES: _____	
Nombre del consejero _____	Firma del paciente o cuidador _____
Fecha de la última consejería _____	

SEGUNDO SEGUIMIENTO	FECHA: _____
Cumplió con las recomendaciones de la sesión anterior	SI () NO ()
Mejoro el estado nutricional del paciente	SI () NO ()
Se observa cambios de comportamiento en hábitos de alimentación y nutrición	SI () NO ()
OBSERVACIONES: _____	
ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN: _____	
Nombre del consejero _____	Firma del paciente o cuidador _____
Fecha de la última consejería _____	

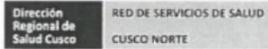
TERCER SEGUIMIENTO	FECHA: _____
Cumplió con las recomendaciones de la sesión anterior	SI () NO ()
Mejoro el estado nutricional del paciente	SI () NO ()
Se observa cambios de comportamiento en hábitos de alimentación y nutrición	SI () NO ()
OBSERVACIONES: _____	
ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN: _____	
Nombre del consejero _____	Firma del paciente o cuidador _____
Fecha de la última consejería _____	

0493

CONTROL DEL ESTADO NUTRICIONAL

FECHA DE CONTROL	EDAD	PESO TALLA	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	INTERVENCIÓN NUTRICIONAL
INICIO				
2do. MES				
4to. MES				
6to. MES				
8to. MES				
10mo. MES				
12vo. MES				
14vo. MES				
16vo. MES				
18vo. MES				
20vo. MES				
22vo. MES				
24vo. MES				
26vo. MES				
28vo. MES				

Sesión demostrativa _____ Consejería nutricional _____ Fecha: __/__/__			
Sesión demostrativa _____ Consejería nutricional _____ Fecha: __/__/__			
Observaciones: _____ _____ _____			



FICHA DE VISITA DOMICILIARIA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____ RED _____

I-DATOS DE FILIACIÓN:

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Ocupación: _____ Dirección: _____

II-ENFERMEDAD ACTUAL:

categoría de ingreso:

Nuevo Abandono recuperado Antes tratado Fracaso
Antes tratado Recaída

Diagnóstico:

TBC pulmonar _____ Extra pulmonar: _____ Localización: _____

Baciloscopia: negativo positivo

Cultivo : negativo positivo

Esquema de tratamiento: TBC sensible TB resistente

III-MOTIVO DE LA VISITA:

- Verificar domicilio
- Inasistencia
- Abandono
- Censar, optimizar control de contactos
- Otros (especificar)

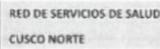
IV-OBJETIVOS DE LA VISITA:

- Verificar que el PAT viva dentro del ámbito jurisdiccional del EESS.
- Recuperar al anasistente o abandono, educar al PAT y familia sobre la importancia de Cumplimiento del tratamiento supervisado.
- Brindar educación sanitaria al PAT y al grupo familiar que constituirá el soporte.
- Verificar el número de contactos a fin de detectar casos de TB y evitar el riesgo de Enfermar.
- Recolectar muestras de esputo, en caso de encontrar SR. Dentro de los contactos.
- Otros: _____

V-INFORME: _____

Fecha

Firma de Persona que visita 0492



ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

PROTOCOLO DE ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

I. DATOS GENERALES:

H: CL:

Nombre: _____ Edad: _____ Grado Inst. _____ Estado Civil: _____
 N° de Hijos: _____ N° de Contactos: _____ Contactos < 19 a. _____ Antec. Epidemiol: _____
 Ocupación: _____ Dirección: _____ Refer. _____
 Vivienda: _____ N° de Habitac: _____ Ventilación: _____
 Hábitos: Alcohol () Tabaco () Otras Patologías: _____ Resultado Bk: _____
 Diagnóstico Médico: _____ Tto Anterior: _____ Met. Anticoncep. _____
 Esq. Tratamiento: _____ Peso: _____ Talla: _____ Dx. nutricional: _____

II. CONTACTOS

N°	CENSADOS	EDAD	EXAMINADOS			OBSERVACIONES
			FECHA	RESULTADO	DIAGNÓSTICO	

III. PROCESO DE ENFERMERÍA

● PRIMERA ENTREVISTA: FECHA: _____ NOMBRE. LIC: _____

ACCIONES PROGRAMADAS:

1. Establecer un ambiente de cordialidad con el paciente.
2. Brindar apoyo emocional.
3. Ofrecer información sobre la enfermedad, importancia del tto. Supervisado, control de baciloscopias y peso mensual, medidas higiénicas, dietética, PPF, importancia del control de contactos.
4. Realizar censo, cita y/o control de contactos.
5. Esquema de tto, alerta sobre presencia de RAFAS.

Dx. Enfermería: _____

Intervención: _____

Indicador de seguimiento y/o evaluación de cumplimiento: _____

● SEGUNDA ENTREVISTA: FECHA: _____ NOMBRE. LIC: _____

ACCIONES PROGRAMADAS:

1. Análisis de Tarjeta de Tratamiento.
2. Informar sobre resultado Prueba de sensibilidad - Preveer evaluación médica.
3. Reforzar educación sanitaria.
4. Revisar cumplimiento 1er. control de Contactos.

Dx. Enfermería: _____

Intervención: _____

0491

Indicador de seguimiento y/o evaluación de cumplimiento: _____

- **TERCERA ENTREVISTA:** FECHA: _____ NOMBRE. LIC: _____

ACCIONES PROGRAMADAS:

1. Análisis de Tarjeta de Tratamiento, reiterar continuación de Tto.
2. Prever evaluación médica de cambio de fase.
3. Reforzar educación sanitaria.
4. Revisar cumplimiento 2° control de Contactos
5. Interrogar al pcte. Sobre aparición de RAFAS.

Dx. Enfermería: _____

Intervención: _____

Indicador de seguimiento y/o evaluación de cumplimiento: _____

- **CUARTA ENTREVISTA:** FECHA: _____ NOMBRE. LIC: _____

ACCIONES PROGRAMADAS:

1. Citar a contactos para 3er. examen.
2. Prever evaluación médica para alta.
3. Recomendar a pcte. Regresar al EESS. Ante presencia de sintomatología respiratoria.
4. Fortalecer educación sobre medidas preventivas.

Dx. Enfermería: _____

Intervención: _____

INDICADOR DE SEGUIMIENTO Y/O EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO: _____

- **ENTREVISTA N°:** _____ FECHA: _____ NOMBRE. LIC: _____

Dx. Enfermería: _____

Intervención: _____

Indicador de seguimiento y/o evaluación de cumplimiento: _____

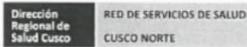
- **ENTREVISTA N°:** _____ FECHA: _____ NOMBRE. LIC: _____

Dx. Enfermería: _____

Intervención: _____

Indicador de seguimiento y/o evaluación de cumplimiento: _____

COMPLETA ENTREVISTA CON FICHA DE CONSEJERÍA D/A A GUÍA DE PROCEDIMIENTOS



DIRECCIÓN GENERAL DE LAS PERSONAS. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES-CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

INFORME DE EVALUACIÓN SOCIAL

I. DATOS GENERALES:

Apellido y Nombres: _____ Edad: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Dirección: _____

Red de Salud: _____

Establecimiento de Salud: _____

II. FACTORES DE RIESGO SOCIAL:

Alcoholismo Si () No ()

Drogadicción Si () No ()

Trabajador Sexual Si () No ()

Delincuencia Si () No ()

Privación de la Libertad Si () No ()

Desamparo Si () No ()

Desempleo Si () No ()

III. RIESGOS DE IRREGULARIDAD O ABANDONO AL TRATAMIENTO:

Existe Riesgo de Abandono de Tratamiento Si () No ()

Existe Riesgo de irregularidad en el Tratamiento Si () No ()

IV. DIAGNÓSTICO SOCIAL:

V. PLAN DE ACCIÓN:

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma y Sello de la Administración Social

0400



ANEXO 16 **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS**



Yo, identificado (a) con D.N.I. N°
domiciliado (a) en
declaro voluntariamente mi aceptación para recibir el tratamiento para tuberculosis y haber sido informado (a) por el Médico del Establecimiento de Salud de la DISA/ DIRESA/GERESA sobre las posibilidades de curación o fracaso a este tratamiento y de la necesidad de cumplir estrictamente con las indicaciones médicas y del personal del establecimiento. Declaro también haber sido informado de las reacciones adversas que pudieran presentarse con los medicamentos que a continuación se señalan:
(Marcar con aspa donde corresponda)

- | | | | |
|----------------------|-----|-------------------------|-----|
| RIFAMPICINA | () | ISONIACIDA | () |
| PIRAZINAMIDA | () | ETAMBUTOL | () |
| ESTREPTOMICINA | () | KANAMICINA | () |
| AMIKACINA | () | CAPREOMICINA | () |
| LEVOFLOXACINA | () | MOXIFLOXACINA | () |
| ETIONAMIDA | () | CICLOSERINA | () |
| PAS | () | AMOXICILINA/CLAVULÁNICO | () |
| IMIPENEM/CILASTATINA | () | LINEZOLID | () |
| TIORIDAZINA | () | CLOFAZIMINA | () |
| OTROS | () | Especificar: | |

Correspondiente al esquema de tratamiento: PARA TB SENSIBLE

ESTANDARIZADO EMPIRICO INDIVIDUALIZADO

APOYO POR RAM TB XDR

Manifiesto mi conformidad para recibirlo en forma regular (sin inasistencias, ni abandono), totalmente supervisado por el personal del Establecimiento y con estricto cumplimiento de las normas de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN PCT). También me comprometo a facilitar el examen de mis contactos.

Exceptúo de responsabilidad médico legal al médico tratante y a la ESN PCT si se presentase evolución desfavorable o complicaciones derivadas del tratamiento.

En señal de conformidad, firmo el presente consentimiento informado.

.....
FIRMA DEL PACIENTE

DNI:

FIRMA DE TESTIGO

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI N°: Teléfono:

DOMICILIO:

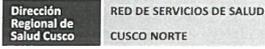
En caso de menores de edad, el padre o tutor será quien firme el consentimiento informado.

FECHA:

Para trabajadores de Salud: Especificar (es necesario marcar una opción por cada variable)	Profesión: Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Técnico Enfermería <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> (especificar) _____ Condición Laboral: Contratado <input type="checkbox"/> Nombrado <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> especificar _____ Establecimiento donde labora _____ Servicio donde labora: Programa de Tuberculosis <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Consultorios <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> especificar _____ tiempo en meses que labora en EEE SS _____					
V. DERIVACIÓN: (completar estos datos si el paciente es derivado a otro establecimiento)						
Derivación	SI <input type="checkbox"/> DIRESA _____ RED _____ Establecimiento _____					
VI. TRATAMIENTO						
Fecha de inicio de tratamiento	____/____/____					
Esquema de Tratamiento (es necesario marcar una opción)	Esquema I (para TB sensible) <input type="checkbox"/> Estandarizado <input type="checkbox"/> Empírico <input type="checkbox"/> Individualizado <input type="checkbox"/> RAFA <input type="checkbox"/> si el paciente no ha iniciado tratamiento al momento de la notificación puede marcar como tratamiento no iniciado temporalmente tratamiento no iniciado <input type="checkbox"/> , debe completar el dato fecha de aprobación del CERI ____/____/____ (sólo para los casos que fueron presentado al CERI)					
VII. CIERRE DE EVENTO (llenar cuando concluya tratamiento tiene una condición de egreso)						
Condición de Egreso (es necesario marcar una opción)	En la notificación del caso o evento, si no se tiene una condición de egreso marcar la opción <input type="checkbox"/> En tratamiento Curado <input type="checkbox"/> tratamiento completo <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> No evaluado (transferencia sin confirmar) <input type="checkbox"/> cambio por prueba de sensibilidad) <input type="checkbox"/>					
Esquema de Tratamiento final	Esquema I (para TB sensible) <input type="checkbox"/> Estandarizado <input type="checkbox"/> Empírico <input type="checkbox"/> Individualizado <input type="checkbox"/> no recibió tratamiento <input type="checkbox"/>					
Fecha de término de tratamiento o egreso por otra causa	____/____/____					
Para pacientes fallecidos:	Fecha de Fallecimiento: ____/____/____ Causa de Muerte asociada a tuberculosis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
VIII. COMENTARIOS (En esta sección especificar residencias y domicilios anteriores del paciente en los últimos 2 años u otra información de relevancia)						
IX. CONTACTOS						
tipo de contacto Domiciliario (1) Habitual (2)	Parentesco Madre (1), Padre (2), hijos (3), hermana (4), esposa(o) / (5) otros (especificar)	Edad	Sexo	PPD Positivo (1), Negativo (2), No se realizo (3) Se desconoce (4)	Sintomático Respiratorio Si (1) No (0)	Resultado BK Positivo (1) Negativo (2) No se realizo (3) Resultado pendiente (4)

.....
Firma responsable de llenado de ficha
Nombre:
Celular:

.....
Firma del Jefe del Establecimiento
Nombre:
Celular:



FORMATO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA

I. DATOS GENERALES

DISA/DIRESA: _____ FECHA: _____

EE.SS: _____ RED/MICRORED: _____

Apellidos y Nombres: _____

Edad: _____ Sexo: (M) (F) Historia Clínica: _____ DNI: _____

Esquema de tratamiento: Estandarizado () Empírico () Individualizado () XDR ()
Modificado por RAM () MNR () () Sensible ()

N° de caso TB Resistente	_____
Fecha de aprobación por el CERI / CERN	____/____/____

II. INICIO DE TRATAMIENTO

Fecha de inicio de tratamiento: ____/____/____ (DD/MM/AA)

III. ABANDONO DE TRATAMIENTO

FECHA DE ABANDONO	____/____/____
N° de dosis recibidas	_____

IV. TRANSFERENCIA REALIZADA

FECHA DE TRANSFERENCIA	____/____/____
N° de dosis recibidas	_____

EESS al que es transferido el paciente:

Dirección de Salud: Red de Salud:

V. FALLECIMIENTO

FECHA DE FALLECIMIENTO	____/____/____
N° de dosis recibidas	_____

VI. TÉRMINO DE TRATAMIENTO

Fecha de término de tratamiento: ____/____/____

Condición de egresos: Curado () Tto. completo () Fracaso ()

VII. OBSERVACIONES:

Fecha

Fecha

Firma y sello de enfermería
del EESS

Firma y sello del Coordinador
Regional de la ES PCT

0487

EESS: Historia Clínica:

DISA/DIRESA: RED:

Corresponde la: **DERIVACIÓN** **TRANSFERENCIA**

Del: Hospital C.S. P.S. :

Al: Hospital C.S. P.S. :

Del paciente:

..... Sexo: M F Edad

Ap. Paterno Ap. Materno Nombres

Peso: DNI: Teléfono:

Dirección:

Diagnóstico:

Frotis inicial: fecha: / / Resultado: N° Reg. Laboratorio:

Cultivo inicial: fecha: / / Resultado: N° Reg. Laboratorio:

Prueba de sensibilidad: fecha: / / Resultado:

Otra prueba de diagnóstico realizada:

Fecha y resultado último frotis: / / Fecha de inicio de tratamiento: / /

Esquema de tratamiento indicado:

Esquema: TB sensible TB resistente :

Otro :

Dosis administradas: N° caso:

NOTA: Adjuntar tarjeta de tratamiento original, epicrisis, reportes bacteriológicos, copia de exámenes de laboratorio, según corresponda.

.....
Nombre y apellidos del responsable de la derivación o transferencia

Teléfono Establecimiento: Teléfono del Responsable:

Fecha: / /

Desglosar y comunicar recepción del paciente:

Dirección de Salud: Red de Salud:

EESS: Responsable de la ES-PCT:

Ha recibido al paciente: N° Caso:

Del establecimiento de salud:

En la fecha: / /

Fecha del reporte: / / Sello y firma del responsable de la ESLPCT

NOTA: Si el paciente no corresponde a su jurisdicción, coordinar con el establecimiento a derivar, orientarlo e indicarle a qué establecimiento debe acudir. Hacer el seguimiento del paciente hasta su ingreso.

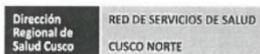
FORMATO N°22

22
T&C

PACIENTE: _____
 DIAGNOSTICO _____
 SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE PACIENTE
 ESQUEMA DE TRATAMIENTO
 INICIO DE TRATAMIENTO _____

	ESTUDIO BASAL	MESES DE TRATAMIENTO							
		3	6	9	12	15	21	24	
PROCEDIMIENTO									
HEMOGRAMA									
GLUCEMIA EN AYUNAS									
CREATININA									
PERFIL HEPATICO									
ELECTROLITOS (Na, K, Cl) (si esquema incluye electrolitos)									
TSH * (SI ESQUEMA INCLUYE ETO O PAS) según indicación mco consultor									
PRUEBA RAPIDA DE ELISA para VIH 1-2									
PRUEBA DE EMBARAZO (MUJERES EN EDAD FERTIL)									
RADIOGRAFIA DE TORAX									
BACILOGRAFIA DE CONTROL									
CULTIVO DE CONTROL									
EVALUACION POR ENFERMERIA (MENSUAL)									
EVALUACION POR MEDICO TRATANTE (MENSUAL)									
EVALUACION POR MEDICO CONSULTOR (TRIMESTRAL)									
EVALUACION POR SERVICIO SOCIAL (TRIMESTRAL)									
EVALUACION POR PSICOLOGIA									
EVALUACION POR PSIQUIATRIA (si esquema incluye citalopram o presenta comorbilidad) según indicación mco consultor									
AUDIOMETRIA Y OTORINOLARINGOLOGIA (si esquema incluye inyectables)									
CONSEJERIA NUTRICIONAL									
CONTROL DE PLANIFICACION FAMILIAR									

0504



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE CON TB RESISTENTE

DISA/DIRESA: _____ FECHA: _____

EE.SS. _____ RED/MICRORED: _____

1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Apellidos y Nombres: _____

Edad: _____ Sexo: (M) (F) Historia Clínica: _____ DNI: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Familiar responsable/soporte: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

2. ANTECEDENTES:

COMORBILIDAD: DM () VIH () ALCOHOLISMO () FARMACODEPENDENCIA ()

MEDICACIÓN CONCOMITANTE: _____

3. TRATAMIENTOS ANTI-TUBERCULOSIS ANTERIORES:

Lugar y año	DIAGNÓSTICO	ESQUEMA	EVOLUCIÓN	CONDICIÓN EGRESO

4. PRUEBA DE SENSIBILIDAD DEL PACIENTE: R: resistente S: sensible

Laboratorio	Código	Fecha de muestra	R	H	Z	E	S	km	Cm	Cpx	Lfx	Mfx	Eto	Cs	PAS

5. CASOS ÍNDICE CON TB: Situación actual: En tratamiento, Curado, Fracaso; Abandono, Fallecido

Apellidos y Nombres	Parentesco Tipo de contacto	Fecha y Esquema de Tratamiento	Situación actual

PRUEBA DE SENSIBILIDAD DEL CASO ÍNDICE: R: resistente S: sensible

0503



Gobierno Regional
CUSCO
Caminando Juntos

Dirección Regional de Salud Cusco

RED DE SERVICIOS DE SALUD
CUSCO NORTE



Laboratorio	Código	Fecha de muestra	R	H	Z	E	S	km	Cm	Cpx	Lfx	Mfx	Eto	Cs	PAS

6. CONDICIÓN ACTUAL:

Fiebre Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Peso normal? _____	Dificultad respiratoria Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otros Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---	--	--	---

EXAMEN CLÍNICO Talla _____ (cm) Peso _____ (kg) FR _____ / min FC _____ / min

Examen Preferencial:

7. ESQUEMA ACTUAL: _____ Fecha de Inicio: _____

EVOLUCIÓN: _____

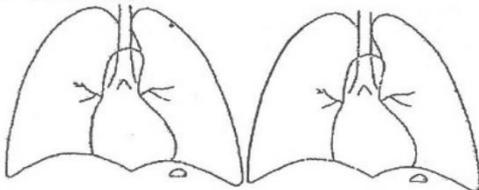
REGULARIDAD AL ÚLTIMO TRATAMIENTO:

SI () NO () Estimado de dosis perdidas: _____ % (Número de dosis tomadas/dosis programadas)x 100

8. REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS (RAM):

Fecha de Notificación	Tipo de RAM	Medicamento(s) Identificado(s) o Sospechoso(s)	Fecha Inicio	Fecha Final	Disposición / evolución

9. RADIOLOGÍA:

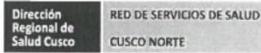


FECHA: _____ FECHA: _____

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

MÉDICO TRATANTE
FIRMA Y SELLO

OPINIÓN DE CONSULTOR



FORMATO DE EVOLUCIÓN TRIMESTRAL DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA

Trimestre	1	2	3	4	5	6	7	8
Informado								

I. DATOS GENERALES

II. N° de caso UT-TB _____ Fecha de inicio de Retratamiento ____/____/____
Días Mes Año

III. Apellidos y Nombres: _____
Edad: _____

IV. Establecimiento de Salud: _____

V. Microrred/Red de Salud: _____ DISA/DIRESA/GERESA: _____

VI. ESQUEMA (Marcar con X donde corresponde)

IV. Estandarizado Empírico Individualizado XDR RAM No TB

VII. EVOLUCIÓN CLÍNICA (Marcar con X donde corresponda)

Favorable Estacionario Desfavorable

VIII. REACCIONES ADVERSAS (Marcar con X donde corresponda)

No hubo Leve Moderado Grave

ADJUNTAR FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

ANTITUBERCULOSIS (RAM)

IX. EVOLUCIÓN RADIOLÓGICO (Marcar con X donde corresponda)

Favorable Estacionario

X. INFORMACIÓN ADICIONAL

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA TARJETA DE CONTROL DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA (incluir registro actualizado de la evolución de baciloscopías y cultivo).

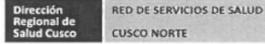
ADJUNTAR FORMATO DE POSOLOGÍA DE MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA ELABORADO POR EL CONSULTOR PARA SU ACTUALIZACIÓN O MODIFICACIÓN.

Fecha de elaboración del informe: ____/____/____

Sello y firma del médico tratante
del EESS

Sello y firma del coordinador
Regional de la ESR PCT

0502



Lugar y Fecha: _____

CONDICIÓN DE INGRESO

- Nuevo ()
- Recaída a Esquema UNO/ para TB sensible ()
- Abandono ()
- Fracaso a esquema Uno/para TB sensible ()
- Fracaso a esquema de retratamiento ()
- Otra: _____ ()

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

MDR () XDR () Otras Resistencias () : _____

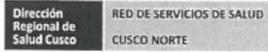
ESQUEMA INDICADO

- Individualizado () _____
- Empírico () _____
- Estandarizado () _____

- Alternativo para XDR () _____
- Apoyo por RAM/comorbilidad () _____
- Microbacteriosis no TB (MNT) () _____
- Otros () _____

PLAN DE TRABAJO

MÉDICO CONSULTOR
FIRMA Y SELLO



FORMATO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DEL TRATAMIENTO CON
MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA

I. DATOS GENERALES

DISA/DIRESA: _____ FECHA: _____

EE.SS: _____ RED/MICRORED: _____

Apellidos y Nombres: _____

Edad: _____ Sexo: (M) (F) Historia Clínica: _____ DNI: _____

Esquema de tratamiento: Estandarizado () Empírico () Individualizado () XDR ()
Modificado por RAM () MNR () ()

N° de caso TB Resistente	_____
Fecha de aprobación por el CER / CERN	___/___/___

II. INICIO DE TRATAMIENTO

Fecha de inicio de tratamiento: ___/___/___ (DD/MM/AA)

III. ABANDONO DE TRATAMIENTO

FECHA DE ABANDONO	___/___/___
N° de dosis recibidas	_____

IV. TRANSFERENCIA REALIZADA

FECHA DE TRANSFERENCIA	___/___/___
N° de dosis recibidas	_____

EESS al que es transferido el paciente:

Dirección de Salud: Red de Salud:

V. FALLECIMIENTO

FECHA DE FALLECIMIENTO	___/___/___
N° de dosis recibidas	_____

VI. TÉRMINO DE TRATAMIENTO

Fecha de término de tratamiento: ___/___/___

Condición de egresos: Curado () Tto. completo () Fracaso ()

VII. OBSERVACIONES:

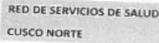
Fecha

Fecha

Firma y sello de enfermería
del EESS

Firma y sello del Coordinador
Regional de la ES PCT

0501



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS

Yo, _____, identificado (a) con DNI N° _____ domiciliado (a) en _____ declaro voluntariamente mi aceptación para recibir el tratamiento para tuberculosis y haber sido informado (a) por el Médico _____ del Establecimiento de Salud _____ de la DISA/DIRESA/GERESA _____

sobre la de las posibilidades de curación o fracaso a este tratamiento y de la necesidad de cumplir estrictamente con las indicaciones médicas y del personal del establecimiento. Declaro también haber sido informado de las reacciones adversas que pudieran presentarse con los medicamentos que a continuación se señalan: (Marcar con aspa donde corresponda)

RIFAMPICINA	()	ISONIACIDA	()
PIRAZINAMIDA	()	ETAMBUTOL	()
ESTREPTOMICINA	()	KANAMICINA	()
AMIKACINA	()	CAPREOMICINA	()
LEVOFLOXACINA	()	MOXIFLOXACINA	()
ETIONAMIDA	()	CICLOSERINA	()
PAS	()	AMOXICILINA/CLAVULÁNICO	()
IMIPENEM/CILASTATINA	()	LINEZOLID	()
TIORIDAZINA	()	CLOFAZIMINA	()
OTROS	()		

Especificar: _____

Correspondiente al esquema de tratamiento: PARA TB SENSIBLE
 ESTANDARIZADO EMPÍRICO INDIVIDUALIZADO
 APOYO POR RAM TB XDR

Manifiesto mi conformidad para recibirlo en forma regular (sin inasistencias, ni abandono), totalmente supervisado por el personal de Establecimiento y con estricto cumplimiento de las normas de las Estrategias Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN PCT). También me comprometo a facilitar el examen de mis contactos.

Exceptúo de responsabilidad médico legal al médico tratante y a la ESN PCT si se presentase evolución desfavorable o complicaciones derivadas del tratamiento.

En señal de conformidad, firmo el presente consentimiento informado.

FIRMA DEL PACIENTE

DNI: _____

FIRMA DE TESTIGO

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DNI: _____ Teléfono: _____

DOMICILIO: _____

En caso de menores de edad el padre o tutor será quien firme el consentimiento informado.

FECHA: _____

Para trabajadores de Salud: Especificar (es necesario marcar una opción por cada variable)	Profesión: Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Técnico Enfermería <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> (especificar) _____ Condición Laboral: Contratado <input type="checkbox"/> Nombrado <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> especificar _____ Establecimiento donde labora _____ Servicio donde labora: Programa de Tuberculosis <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Consultorios <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> especificar _____ tiempo en meses que labora en EEE SS _____					
V. DERIVACIÓN: (completar estos datos si el paciente es derivado a otro establecimiento)						
Derivación	SI <input type="checkbox"/> DIRESA _____ RED _____ Establecimiento _____					
VI. TRATAMIENTO						
Fecha de inicio de tratamiento	____/____/____					
Esquema de Tratamiento (es necesario marcar una opción)	Esquema I (para TB sensible) <input type="checkbox"/> Estandarizado <input type="checkbox"/> Empírico <input type="checkbox"/> Individualizado <input type="checkbox"/> RAFA <input type="checkbox"/> si el paciente no ha iniciado tratamiento al momento de la notificación puede marcar como tratamiento no iniciado temporalmente tratamiento no iniciado <input type="checkbox"/> , debe completar el dato fecha de aprobación del CERI ____/____/____ (sólo para los casos que fueron presentado al CERI)					
VII. CIERRE DE EVENTO (llenar cuando concluya tratamiento tiene una condición de egreso)						
Condición de Egreso (es necesario marcar una opción)	En la notificación del caso o evento, si no se tiene una condición de egreso marcar la opción <input type="checkbox"/> En tratamiento Curado <input type="checkbox"/> tratamiento completo <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> No evaluado (transferencia sin confirmar) <input type="checkbox"/> cambio por prueba de sensibilidad) <input type="checkbox"/>					
Esquema de Tratamiento final	Esquema I (para TB sensible) <input type="checkbox"/> Estandarizado <input type="checkbox"/> Empírico <input type="checkbox"/> Individualizado <input type="checkbox"/> no recibió tratamiento <input type="checkbox"/>					
Fecha de término de tratamiento o egreso por otra causa	____/____/____					
Para pacientes fallecidos:	Fecha de Fallecimiento: ____/____/____ Causa de Muerte asociada a tuberculosis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
VIII. COMENTARIOS (En esta sección especificar residencias y domicilios anteriores del paciente en los últimos 2 años u otra información de relevancia)						
IX. CONTACTOS						
tipo de contacto Domiciliario (1) habitual (2)	Parentesco Madre (1), Padre (2), hijos (3), hermana (4), esposa(o) (5) otros (especificar)	Edad	Sexo	PPD Positivo (1), Negativo (2), No se realizo (3) Se desconoce (4)	Sintomático Respiratorio Si (1) No (0)	Resultado BK Positivo (1) Negativo (2) No se realizo (3) Resultado pendiente (4)

.....
Firma responsable de llenado de ficha
Nombre:
Celular:

.....
Firma del Jefe del Establecimiento
Nombre:
Celular:

0500



PERÚ Ministerio de Salud



MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA		FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS Y EVENTOS EN TUBERCULOSIS	
Código autogenerated único: () () () () () ()		fecha de notificación: / /	
I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO			
DISA/DIRESA: _____ Establecimiento notificante: _____			
Institución: MINSAL <input type="checkbox"/> ESSALUD <input type="checkbox"/> INPE <input type="checkbox"/> FFAA <input type="checkbox"/> PNP <input type="checkbox"/> PRIVADOS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> especificar _____			
II. DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido paterno: _____		Apellido materno: _____ Nombres: _____	
Fecha de nacimiento: / /		Edad: _____ Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> DNI () () () () () () () () () ()	
Nacionalidad: Peruana <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> especificar: _____		Lugar de nacimiento Departamento: _____	
Ocupación en los últimos 6 meses: _____			
Dirección de domicilio actual: _____ Teléfono: _____			
Departamento: _____		Provincia: _____ Distrito: _____	
Localidad: _____ Zona de residencia: Urbana <input type="checkbox"/> Rura <input type="checkbox"/> Urbano-marginal <input type="checkbox"/>			
Residencia anterior a la actual: Departamento _____		Provincia _____ Distrito _____	
Seguro de Salud: SIS <input type="checkbox"/> : EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA <input type="checkbox"/> PNP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> especificar: _____			
III. DATOS DEL CASO O EVENTO			
Captación de caso	Pasiva (Captación en centros de salud) <input type="checkbox"/>		Activa (búsqueda en comunidad o contacto de caso) <input type="checkbox"/>
	Caso derivado de otro establecimiento <input type="checkbox"/>		
Fecha de captación: / /		Fecha de inicio de síntomas: / /	
Eventos sujetos a notificación: (es necesario marcar una opción) () JA15 () JA16 () JA18 () JA17 () JU32.6 () JU32.4 () JU20.2 () JU20.3 () JU20.4 () JU20.5			
Localización anatómica de la TB (es necesario marcar una opción)	Pulmonar <input type="checkbox"/> Extra Pulmonar <input type="checkbox"/> Especificar localización de extra-pulmonar Meningea <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Ganglionar <input type="checkbox"/> Ósea <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Genitourinaria <input type="checkbox"/> Miliar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> especificar: _____		
Criterio diagnóstico: (es necesario marcar una opción)	Bacteriológico <input type="checkbox"/> Histopatológico <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Radiológico <input type="checkbox"/> Epidemiológico <input type="checkbox"/> Clínico Epidemiológico <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> especificar _____ Fecha de diagnóstico: / /		
Resultado de baciloscopia de diagnóstico (Bk Inicial) (es necesario marcar una opción)	Fecha de toma de muestra: / / positivo (+) <input type="checkbox"/> (++) <input type="checkbox"/> (+++) <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> resultado pendiente <input type="checkbox"/> no se realizó <input type="checkbox"/>		
Resultado Cultivo diagnóstico (es necesario marcar una opción)	Fecha resultado: / / positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> resultado pendiente <input type="checkbox"/> no se realizó <input type="checkbox"/>		
Prueba de sensibilidad (es necesario marcar una opción)	Sensible <input type="checkbox"/> MDR <input type="checkbox"/> XDR <input type="checkbox"/> Monoresistencia <input type="checkbox"/> Poliresistencia <input type="checkbox"/> resultado pendiente <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> Fecha de resultado de perfil de sensibilidad: / / Tipo de Prueba: MODS <input type="checkbox"/> GRIES <input type="checkbox"/> GENOTYPE <input type="checkbox"/> Prueba convencional <input type="checkbox"/>		
Código INS _____			
IV. CONDICIONES DE RIESGO (ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS del paciente diagnosticado)			
Antecedentes de contacto: (puede marcar más de una opción)	Contacto con pacientes con TB <input type="checkbox"/> Contacto TB MDR <input type="checkbox"/> Contacto TB XDR <input type="checkbox"/> Contacto con fallecido por tuberculosis <input type="checkbox"/>		
Condición de ingreso o según Antecedentes de tratamiento (es necesario marcar una opción)	Nunca tratado (Nuevo) <input type="checkbox"/> Antes tratado: Recaída < 6 meses <input type="checkbox"/> Recaída > 6 meses <input type="checkbox"/> Abandono recuperado <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/> Número de esquemas de tratamientos recibidos previos al actual _____		
Diagnóstico confirmado de VIH (es necesario marcar una opción)	Resultado positivo <input type="checkbox"/> resultado negativo <input type="checkbox"/> resultado pendiente <input type="checkbox"/> no se realizó <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/>		
Comorbilidad y condiciones de riesgo (puede marcar más de una opción)	Gestante/Puerpera <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Asma/SOBA <input type="checkbox"/> Terapia con corticosteroides <input type="checkbox"/> Hosp. en últimos 2 años en serv. de Medicina, Emergencia, Neumología o Infectología por más de 15 días <input type="checkbox"/>		
Factores sociales (puede marcar más de una opción)	Alcoholismo <input type="checkbox"/> Usuario de drogas <input type="checkbox"/> Ha estado internado en un penal <input type="checkbox"/> antecedente de delincuencia <input type="checkbox"/> trabajadora sexual <input type="checkbox"/>		
Población de mayor riesgo: (es necesario marcar una opción)	Trabajador de salud <input type="checkbox"/> Interno en Centro penitenciario <input type="checkbox"/> Población Indígena <input type="checkbox"/> Es miembro de las fuerzas armadas o Policía Nacional <input type="checkbox"/> Escuelas militares <input type="checkbox"/> Usuario de guardería/alberhue/asilo <input type="checkbox"/> Escuela/Instituto/Universidad <input type="checkbox"/> Trabajador de Centro penitenciario <input type="checkbox"/> Centro de Rehabilitación <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> no aplica <input type="checkbox"/>		

EESS: Historia Clínica:

DISA/DIRESA: RED:

Corresponde la: **DERIVACIÓN** **TRANSFERENCIA**

Del: Hospital C.S P.S. :

Al: Hospital C.S P.S. :

Del paciente:

Sexo: M F Edad

Ap. Paterno Ap. Materno Nombres

Peso: DNI: Teléfono:

Dirección:

Diagnóstico:

Frotis inicial: fecha: / / Resultado: N° Reg. Laboratorio:

Cultivo inicial: fecha: / / Resultado: N° Reg. Laboratorio:

Prueba de sensibilidad: fecha: / / Resultado:

Otra prueba de diagnóstico realizada:

Fecha y resultado último frotis: / / Fecha de inicio de tratamiento: / /

Esquema de tratamiento indicado:

Esquema: TB sensible TB resistente :

Otro :

Dosis administradas: N° caso:

NOTA: Adjuntar tarjeta de tratamiento original, epicrisis, reportes bacteriológicos, copia de exámenes de laboratorio, según corresponda.

Nombre y apellidos del responsable de la derivación o transferencia

Teléfono Establecimiento: Teléfono del Responsable:

Fecha: / /

Desplazar y comunicar recepción del paciente:

Dirección de Salud: Red de Salud:

EESS: Responsable de la ES-PCT:

Ha recibido al paciente: N° Caso:

Del establecimiento de salud:

En la fecha: / /

Fecha del reporte: / / Sello y firma del responsable de la ESLPCT

NOTA: Si el paciente no corresponde a su jurisdicción, coordinar con el establecimiento a derivar, orientarlo e indicarle a qué establecimiento debe acudir. Hacer el seguimiento del paciente hasta su ingreso.

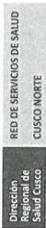
FORMATO N°23

23

1.- N° de Reg. S.R.



ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS



SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA

1.- DISA/DIRESA: _____ Red de Salud: _____ Cama N°

EESS: _____ 2.- Servicio: _____ Edad: Sexo:

3.- Apellidos y Nombres _____ FN: _____ Teléfono: Procedencia:

Hist. Clínica: DNI:

Dirección: _____ Distrito: _____ Correo Electrónico: _____

Provincia: _____

Referencia: _____

4.- Tipo de Muestra: _____ Espujo: Otro: Especificar: _____

5.- Antecedente de tratamiento: Nunca Tratado: Antes tratado: Recalada: Abandono Recup. Fracaso:

6.- Diagnóstico: S.R. Seg. Diagnóstico 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 Muestra: Adecuada: Inadecuada:

12.- Datos del solicitante Apellidos y Nombres: _____ DNI: _____ Teléfono: _____

13.- Observaciones: _____

14.- RESULTADOS: (PARA SER LLENADO POR EL LABORATORIO)

Fecha	Procedimiento	N° de Registro de Laboratorio	Aspecto macroscópico	Resultados (solo anotar en la casilla correspondiente)
	Baciloscopia			NEGATIVO Anotar (-) POSITIVO Anotar (+, ++, +++) con color rojo)
	Cultivo			

15. Apellidos y Nombres del Laboratorista: _____ 16.- Fecha de Entrega: _____

17.- Observaciones: _____

0505

FORMATO N°24



24



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO

HOSPITAL/EE.SS.:

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA DE ELISA O PRUEBA RÁPIDA PARA VIH

YO
Nombres y apellidos

Habiendo recibido consejería e información acerca del VIH y la prueba de Elisa o Prueba Rápida, autorizo se me tome la muestra de sangre para el despistaje de VIH / Sida

Me comprometo a regresar para recibir la consejería post-test y mis resultados

Fecha:
Firma del paciente

.....
DNI
Firma del consejero



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO

HOSPITAL/EE.SS.:

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA DE ELISA O PRUEBA RÁPIDA PARA VIH

YO
Nombres y apellidos

Habiendo recibido consejería e información acerca del VIH y la prueba de Elisa o Prueba Rápida, autorizo se me tome la muestra de sangre para el despistaje de VIH / Sida

Me comprometo a regresar para recibir la consejería post-test y mis resultados

Fecha:
Firma del paciente

.....
DNI
Firma del consejero

0506

FORMATO N°25

Logo

25

Logo

~~NTS N° 159 - MINSA/2019/DGIESP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH-SIFILIS Y HERPES B.~~

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRUEBA DE DESPISTAJE DEL VIH
EN LA GESTANTE/MADRE.

Yo, _____, certifico que he recibido información sobre el VIH relacionado a la prevención, transmisión y sobre el propósito y beneficios de las pruebas, principalmente para prevenir la transmisión materno infantil del VIH y otras infecciones de transmisión sexual a mi hijo.

También certifico, que el consejero(a) me informó que recibiré una consejería post test (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria, por lo que doy mi consentimiento para la realización de dicha prueba.

Nombres, Apellidos y firma de quien da el consentimiento

Nombre y Apellidos: _____ Firma: _____

Doc. de Identidad: _____

Nombres, Apellidos y firma del profesional que realizó la consejería y el tamizaje.

Nombre y Apellidos: _____ Firma: _____

Doc. de Identidad: _____



M. LOAYZA



A. González



Lugar y Fecha: _____

57

0507

FORMATO N°26

26

TEST PARA IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO



AÑO: HCL. N°

Nombre y Apellidos:

Sexo:

M	
F	

Colesterol
Triglicéridos
Glucosa en ayunas
Glucosa post prandial

Peso: _____
Talla: _____
IMC: _____
P. AB. _____
P/A _____

PUNTUACION DEL TEST _____

1.- Edad:

- Menor de 45 años 0p
- 45-54 años 2p
- 55-64 años 3p
- mas de 64 años 4p

Menos de 7 puntos:
riesgo bajo

2.- Indice de Masa Corporal

$IMC = \frac{\text{Peso}}{\text{Talla}^2}$ ejm. $70(\text{kg})/1.701(\text{m})^2 = 24.2$

- Menos de 25 kg/m² 0p
- Entre 25 - 30 kg/m² 1p
- Mayor de 30 kg/m² 3p

Entre 7 y 11 puntos
Riesgo ligeramente
aumentado

3.- Perímetro de la Cintura Medido por debajo de las costillas

- | | | | |
|--|--------------------------|---|----|
| VARONES | | MUJERES | |
| <input type="checkbox"/> Menos de 94 cm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Menos de 80 cm | 0p |
| <input type="checkbox"/> Entre 94-102 cm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Entre 80-88 cm | 3p |
| <input type="checkbox"/> Mas de 102 cm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Mas de 88 cm | 4p |

Entre 12 y 14 puntos:
Riesgo Alto

4.- ¿Realiza habitualmente al menos 30 minutos de la actividad física?

- SI 0p
- NO 2p

5.- ¿Con que frecuencia come verduras o frutas?

- Todos los días 0p
- No todos los días 1p

Entre 15 y 20 años:
Riesgo Alto

6.- ¿Toma Medicamentos para la presión alta o tiene hipertensión arterial?

- NO 0p
- SI 2p

7.- ¿Le han encontrado alguna vez valores de glucosa altos?

- NO 0p
- SI 5p

Mas de 20 Puntos:
Tiesgo muy alto

8.- ¿Se le ha diagnosticado Diabetes a alguno de sus familiares u otros parientes?

- NO 0p
- SI; abuelos, tíos, primo, hermano 3p
- SI; padres, hermanos, o hijos 5p

TOTAL

0598

FORMATO N°27



27



(A)

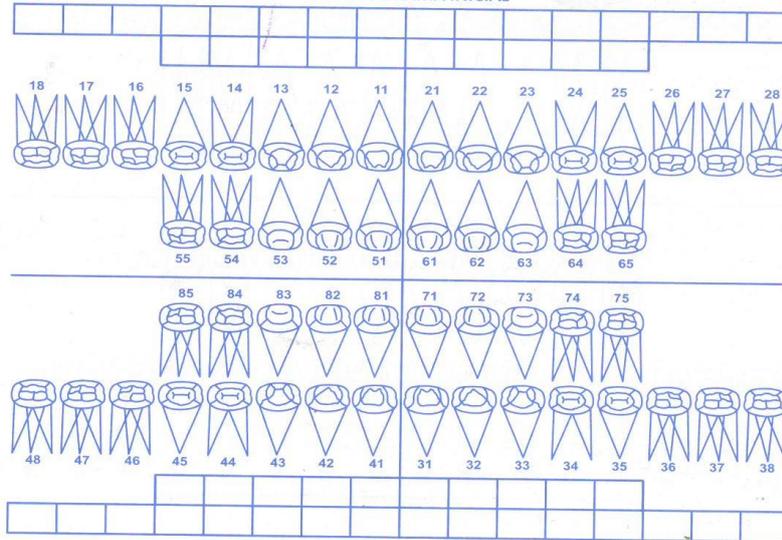
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE

FICHA EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA

H.C.L.: _____
Fecha: _____

NOMBRES Y APELLIDOS:		DNI:		EDAD:	
INSTITUCIÓN EDUCATIVA:		GRADO Y SECCIÓN:			
TIPO DE SEGURO:	SIS:	OTRO SEGURO:	PROFESOR:		

EXAMEN ODONTOLÓGICO
ODONTOGRAMA INICIAL



INDICE CPOD /ceod

CARIADO	PERDIDO/EXTRACCIÓN INDICADA	OBTURADO	INDICE CPOD/ceod

Instrucción de higiene oral	1°s	2°s
	Fecha	Fecha
Aplicación Flúor Barniz		

RIESGO DE CARIES

Experiencia de caries	Menor a 2 Superficies Cariadas	2 a 6 Superficies Cariadas	Mayor a 6 Superficies Cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4v/día
Índice de higiene (IHO-s)	Buena	Regular	Mala
	0 a 1.2	1.3 a 3	3.1 a 6
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

DIAGNÓSTICOS / CIE-10 : _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

ÍNDICE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-s)**	Placa Blanda *	Piezas		Placa Calificada **
		D	P	
		5.5 (v)	1.6 (v)	
		5.1 (v)	1.1 (v)	
		6.5 (v)	2.6 (v)	
		7.5 (v)	3.6 (v)	
		7.1 (v)	3.1 (v)	
		8.5 (v)	4.6 (v)	
ÍNDICE DE PB Y PC				
IHO-s				

* Aplica a grupo niño

** A partir de adolescentes

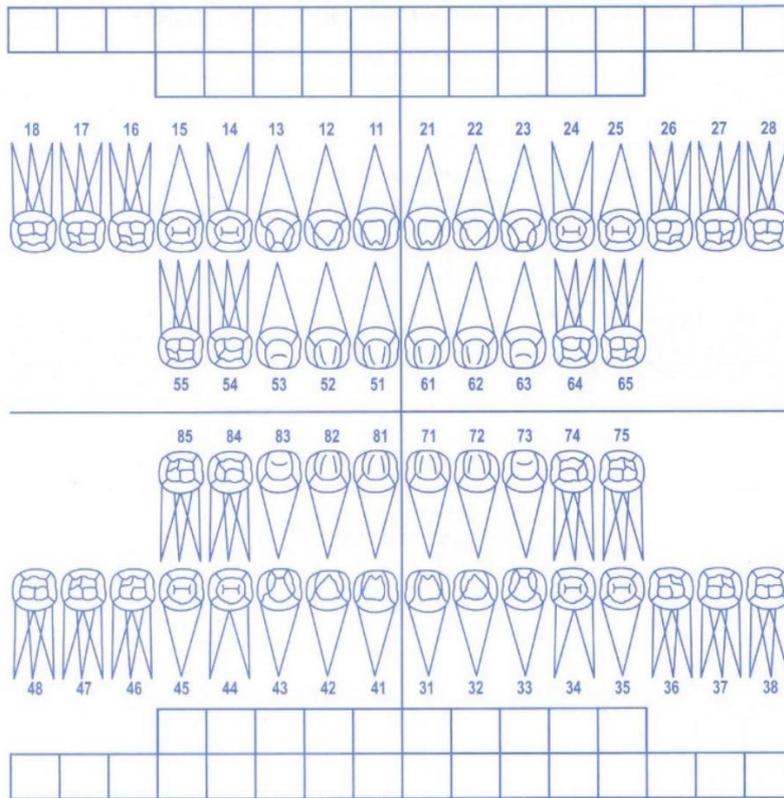
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

0509

B

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE

ODONTOGRAMA DE ALTA



RIESGO DE CARIES			
Experiencia de caries	Menor a 2 Superficies Cariadas	2 a 6 Superficies Cariadas	Mayor a 6 Superficies Cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4v/día
Índice de higiene (IHO-s)	Buena	Regular	Mala
	0 a 1.2	1.3 a 3	3.1 a 6
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

ABO	
Persona Sana SBU	<input type="checkbox"/>
Persona con Patología Bucal	<input type="checkbox"/>

* Si marco ABO con Patología Bucal completar:

*Tx Recuperativo:	N° Restauraciones realizadas:	<input type="text"/>
	N° Exodoncias:	<input type="text"/>
*Tx Especializado:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Será llenado al finalizar el Plan de Tx

ÍNDICE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-s)**	Placa Blanda *	Piezas		Placa Calificada **
		5.5 (v)	1.6 (v)	
<p>0 1 2 3</p>		5.1 (v)	1.1 (v)	
		6.5 (v)	2.6 (v)	
		7.5 (v)	3.6 (v)	
		7.1 (v)	3.1 (v)	
		8.5 (v)	4.6 (v)	
	ÍNDICE DE PB Y PC			
IHO-s				

* Aplica a grupo niño

** A partir de adolescentes

FORMATO N°28

28

	Gobierno Regional CUSCO	Dirección Regional de Salud Cusco	RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE		1	
FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR						
LISTA DE PROBLEMAS						
N°	FECHA	PROBLEMAS CRÓNICOS	CONTROLADO/ NO CONTROLADO	OBSERVACIONES		
N°	PROBLEMAS AGUDOS	FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIONES	
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL						
		DESCRIPCION	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACIÓN GENERAL FUNCIONAL, MENTAL, SOCIAL Y FÍSICO					
2	INMUNIZACIONES					
3	EVALUACIÓN BUCAL					
4	INTERVENCIONES PREVENTIVAS					
5	ADMINISTRACION DE MICRONUTRIENTES					
6	CONSEJERÍA INTEGRAL					
7	VISITA DOMICILIARIA					
8	TEMAS EDUCATIVOS					
9	ATENCION DE PRIORIDADES SANITARIAS					
APELLIDOS Y NOMBRES:			N° HC		0513	

	2																																																			
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR																																																				
FECHA día mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	N°																																																			
DATOS GENERALES																																																				
Apellidos: <input type="text"/> Lugar de Nacimiento: <input type="text"/> Grado de Instrucción: <input type="text"/> Domicilio: <input type="text"/> Familiar o cuidador responsable: <input type="text"/>	Nombres: <input type="text"/> Procedencia: <input type="text"/> Estado civil: <input type="text"/> Teléfono: <input type="text"/>																																																			
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Edad: <input type="text"/> F. Nac: <input type="text"/>																																																				
Grupo Sanguíneo: <input type="text"/> Rh: <input type="text"/> Ocupación: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/> Identificación (DNI) (CE): <input type="text"/>																																																				
ANTECEDENTES																																																				
ANTECEDENTES PERSONALES																																																				
<table border="0" style="width:100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>Hipertensión Arterial</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dislipidemias (Colesterol Alto)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Osteoartritis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ACV (Derrame cerebral)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad Cardiovascular (infarto, Arritmia, ICC)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cáncer</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Cáncer de cervix/mama</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Cáncer de próstata</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		SI	NO	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dislipidemias (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACV (Derrame cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardiovascular (infarto, Arritmia, ICC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de cervix/mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0" style="width:100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>Hepatitis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tuberculosis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hospitalizado el último año</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Transfusiones</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Intervención Quirúrgica</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Accidentes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		SI	NO	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalizado el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervención Quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO																																																		
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Dislipidemias (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
ACV (Derrame cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Enfermedad Cardiovascular (infarto, Arritmia, ICC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Cáncer de cervix/mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
	SI	NO																																																		
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Hospitalizado el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Intervención Quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
ANTECEDENTES FAMILIARES																																																				
<table border="0" style="width:100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>Tuberculosis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hipertensión Arterial</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Infarto de Miocardio</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Demencia</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cáncer: (Mama, estómago, color)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			SI	NO	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer: (Mama, estómago, color)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	SI	NO																																																		
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Cáncer: (Mama, estómago, color)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Descripción de antecedentes y otros <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>																																																				
Medicamento de uso frecuente																																																				
No.	Nombre	Dosis	Observaciones																																																	
REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS		NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Cuál? <input style="width: 100px;" type="text"/>																																																		
VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR - VACAM																																																				
I. VALORACION FUNCIONAL Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)																																																				
KATZ	Dependiente	Independiente																																																		
1. Lavarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIAGNÓSTICO FUNCIONAL <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> INDEPENDIENTE (1) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> DEPENDIENTE PARCIAL (2) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> DEPENDIENTE TOTAL (3)																																																	
2. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
3. Uso del Serv. Higiénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
4. Movilizarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
5. Continencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
6. Alimentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
(1) Ningún ítem positivo de dependencia (2) De 1 a 5 ítems positivos de dependencia (3) 6 ítems positivos de dependencia																																																				
APELLIDOS Y NOMBRE:			N° HC																																																	

 Gobierno Regional CUSCO	Dirección Regional de Salud Cusco RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE		3																								
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR																											
II. VALORACIÓN MENTAL																											
2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)		Colocar 1 punto por cada error																									
¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes, año) <input type="text"/> ¿Qué día de la semana? <input type="text"/> ¿En qué lugar estamos? (Vale cualquier descripción correcta del lugar) <input type="text"/> ¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene <input type="text"/> ¿Cuál es su dirección completa? <input type="text"/> ¿Cuántos años tiene? <input type="text"/> ¿Donde nació? <input type="text"/> ¿Cuál es el nombre del presidente del Perú? <input type="text"/> Dígame el primer apellido de su madre <input type="text"/> Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta) <input type="text"/>		VALORACIÓN COGNITIVA NORMAL <input type="checkbox"/> DC LEVE <input type="checkbox"/> DC MODERADO <input type="checkbox"/> DC SEVERO <input type="checkbox"/> DC: Deterioro Cognitivo Nota: Colocar un punto por cada error; Nivel educativo bajo: Se admite 1 error más Nivel educativo alto: Se admite 1 error menos DC: Deterioro cognitivo E= Errores - No Deterioro Cognitivo : ≤ 2 E - Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E - Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E - Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E																									
2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)																											
¿Está satisfecho con su vida? <input type="checkbox"/> NO ¿Se siente impotente o indefenso? <input type="checkbox"/> SI ¿Tiene problemas de memoria? <input type="checkbox"/> SI ¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses? <input type="checkbox"/> SI	Colocar una marca (X), si corresponde	SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0-1 marca) <input type="checkbox"/> CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 O más marcas) <input type="checkbox"/>																									
III. VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 5%;">Pts</th> <th style="width: 95%;">1. SITUACIÓN FAMILIAR</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Vive con familia, sin conflicto familiar</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Vive con cónyuge de similar edad</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Vive sólo y tiene hijos con vivienda próxima</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Vive sólo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)</td> </tr> </table>	Pts	1. SITUACIÓN FAMILIAR	1	Vive con familia, sin conflicto familiar	2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	3	Vive con cónyuge de similar edad	4	Vive sólo y tiene hijos con vivienda próxima	5	Vive sólo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 5%;">Pts</th> <th style="width: 95%;">2. SITUACIÓN FAMILIAR</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Dos veces el salario mínimo vital</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Un salario mínimo vital</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Ingreso irregular (menos del mínimo vital)</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Sin pensión, sin otros ingresos</td> </tr> </table>	Pts	2. SITUACIÓN FAMILIAR	1	Dos veces el salario mínimo vital	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales	3	Un salario mínimo vital	4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)	5	Sin pensión, sin otros ingresos		
Pts	1. SITUACIÓN FAMILIAR																										
1	Vive con familia, sin conflicto familiar																										
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica																										
3	Vive con cónyuge de similar edad																										
4	Vive sólo y tiene hijos con vivienda próxima																										
5	Vive sólo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)																										
Pts	2. SITUACIÓN FAMILIAR																										
1	Dos veces el salario mínimo vital																										
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales																										
3	Un salario mínimo vital																										
4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)																										
5	Sin pensión, sin otros ingresos																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 5%;">Pts</th> <th style="width: 95%;">3. VIVIENDA</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Adecuada a las necesidades</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Vivienda semi construida o de material rústico</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda</td> </tr> </table>	Pts	3. VIVIENDA	1	Adecuada a las necesidades	2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)	3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)	4	Vivienda semi construida o de material rústico	5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 5%;">Pts</th> <th style="width: 95%;">4. RELACIONES SOCIALES</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Mantiene relaciones sociales en la comunidad</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Relación social sólo con familia y vecinos</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Relación social sólo con la familia</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>No sale del domicilio pero recibe visitas de familia</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>No sale del domicilio y no recibe visitas</td> </tr> </table>	Pts	4. RELACIONES SOCIALES	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad	2	Relación social sólo con familia y vecinos	3	Relación social sólo con la familia	4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia	5	No sale del domicilio y no recibe visitas		
Pts	3. VIVIENDA																										
1	Adecuada a las necesidades																										
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)																										
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)																										
4	Vivienda semi construida o de material rústico																										
5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda																										
Pts	4. RELACIONES SOCIALES																										
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad																										
2	Relación social sólo con familia y vecinos																										
3	Relación social sólo con la familia																										
4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia																										
5	No sale del domicilio y no recibe visitas																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 5%;">Pts</th> <th style="width: 95%;">5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL VIVIENDA)</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>No necesita apoyo</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Requiere apoyo familiar o vecinal</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>No cuenta con Seguro Social</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Situación de abandono familiar</td> </tr> </table>	Pts	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL VIVIENDA)	1	No necesita apoyo	2	Requiere apoyo familiar o vecinal	3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social	4	No cuenta con Seguro Social	5	Situación de abandono familiar	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR</th> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Buena/aceptable situación social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Existe riesgo social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Existe problema social</td> </tr> <tr> <td>5 a 9 pts</td> <td>: Buena/aceptable situación social,</td> </tr> <tr> <td>10 a 14 pts</td> <td>: Existe riesgo social,</td> </tr> <tr> <td>>15 pts</td> <td>: Existe problema social</td> </tr> </table>	VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR		<input type="checkbox"/>	Buena/aceptable situación social	<input type="checkbox"/>	Existe riesgo social	<input type="checkbox"/>	Existe problema social	5 a 9 pts	: Buena/aceptable situación social,	10 a 14 pts	: Existe riesgo social,	>15 pts	: Existe problema social
Pts	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL VIVIENDA)																										
1	No necesita apoyo																										
2	Requiere apoyo familiar o vecinal																										
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social																										
4	No cuenta con Seguro Social																										
5	Situación de abandono familiar																										
VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR																											
<input type="checkbox"/>	Buena/aceptable situación social																										
<input type="checkbox"/>	Existe riesgo social																										
<input type="checkbox"/>	Existe problema social																										
5 a 9 pts	: Buena/aceptable situación social,																										
10 a 14 pts	: Existe riesgo social,																										
>15 pts	: Existe problema social																										
APELLIDOS Y NOMBRE: <input style="width: 80%;" type="text"/>		N° HC <input style="width: 10%;" type="text"/>																									

0512

CADA CONSULTA		FECHA								COMENTARIO
Fiebre en los últimos 15 días										
Tos por más de 15 días										
PERIÓDICAMENTE (Anual)		FECHA								COMENTARIO
Vacunas:		Antitetánica (3 dosis)								
		Antiamebílica (zona de riesgo)								
		Antihepatitis B (3 dosis)								
		Antinfluenza (anual)								
		Antineumocócica (Cada 5 años)								
Hábitos y Estilos de Vida (Colocar Sí o No)		Consumo de alcohol								
		Consumo de tabaco								
		Sobrepeso								
		Obesidad								
		Actividad Física								
		Malos hábitos alimenticios								
		Dislipidemia								
		Glicemia basal alterada								
Salud bucal: (Colocar Sí o No)		Control de Salud Bucal en el último año								
Otros exámenes:		♀ Mamas								
		♀ Pélvico y PAP (c/año, c/3 años)								
		♀ Mamografía (c/2 años)								
		♂ Evaluación de Próstata (tacto rectal) y/o PSA								
		♂♀ Densitometría								
		♂♀ Ecografía (visceral abdominal)								
		♂♀ Otros								
Laboratorio Básico (colocar valores)		Hemograma completo								
		Glucosa								
		Urea								
		Creatinina								
		Colesterol								
		Triglicéridos								
		Examen de orina								
Síndromes y Problemas Geriátricos (Colocar SI o NO)										COMENTARIO
Vértigo-mareo										
Delirio										
Síncope										
Dolor crónico										
Deprivación Auditiva										
Deprivación Visual										
Insomnio										
Incontinencia urinaria										
Prostatismo (síntomas prostéticos)										
Estreñimiento										
Úlceras de presión										
Inmovilización										
Caídas:										
Caídas en el último año										
Caídas (Número de caídas: _____)										
Fracturas										
APELLIDOS Y NOMBRE:									N° HC	

 Gobierno Regional CUSCO	Dirección Regional de Salud Cusco RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-weight: bold;">5.1</div>
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR			
DATOS GERALES			
CONSULTA			
ENFERMEDAD ACTUAL			
FECHA:	HORA:	Edad:	
Motivo de consulta:		Tiempo de Enfermedad:	
Apetito:	Sed:	Sueño:	Estado de ánimo:
Orina:	Deposiciones:	Pérdida de peso:	
Ex. Físico	T*	P/A:	FC: FR: Peso: Talla: IMC: P.AB:
Piel:			
TCSC: Edemas		Estado de los pies (pulsos pedios):	
Cabeza y Cuello:			
Cavidad oral:			
Tórax y Pulmones:			
Aparato Cardiovascular:			
Abdomen:			
Aparato Genitourinario:		Tacto Rectal:	
Sistema Nervioso:			
Aparato Locomotor:			
ESTADO NUTRICIONAL		ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	
Adelgazado		≤ de 23	
Normal		23.1 a 27.9	
Sobrepeso		28 a 31.9	
Obeso		32 ó más	
Diagnostico:			
I. FUNCIONAL:			
Independiente	<input type="checkbox"/>	Dependiente Parcial	<input type="checkbox"/>
Dependiente Total	<input type="checkbox"/>		
II. MENTAL:			
2.1 Estado Cognitivo	Normal <input type="checkbox"/>	DC Leve <input type="checkbox"/>	DC Moderado <input type="checkbox"/>
2.2 Estado Afectivo	Sin manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/>	Con manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/>	
III. SOCIO FAMILIAR:			
Buena	<input type="checkbox"/>	Riesgo Social	<input type="checkbox"/>
Problema Social	<input type="checkbox"/>		
IV. FISICO:			
1.-		2.-	
3.-		4.-	
CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR:			
(Al final de la primera consulta)			
SALUDABLE	<input type="text"/>	FRÁGIL	<input type="text"/>
ENFERMO	<input type="text"/>	GERIÁTRICO COMPLETO	<input type="text"/>
TRATAMIENTO		Exámenes auxiliares	
Referencia (Lugar y motivo):			
Próxima Cita:	Firma y Sello:		
Atendido por:	(Colegio prof)		
Observación:			
APellidos y Nombres:			N° HC
			0511

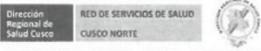
<p>FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR</p>	5.2
DATOS GERALES	
CONSULTA	
ENFERMEDAD ACTUAL	
FECHA:	HORA: Edad:
Motivo de consulta:	Tiempo de Enfermedad:
Apetito:	Sed: Sueño: Estado de ánimo:
Orina:	Deposiciones: Pérdida de peso:
Ex. Físico	Tº P/A: FC: FR: Peso: Talla: IMC: P.AB:
Piel:	
TCSC: Edemas Estado de los pies (pulsos pedios):	
Cabeza y Cuello:	
Cavidad oral:	
Tórax y Pulmones:	
Aparato Cardiovascular:	
Abdomen:	
Aparato Genitourinario: Tacto Rectal:	
Sistema Nervioso:	
Aparato Locomotor:	
ESTADO NUTRICIONAL	
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	
Adelgazado	≤ de 23
Normal	23.1 a 27.9
Sobrepeso	28 a 31.9
Obeso	32 ó más
Diagnóstico:	
I. FUNCIONAL: Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente Parcial <input type="checkbox"/> Dependiente Total <input type="checkbox"/> II. MENTAL: 2.1 Estado Cognitivo Normal <input type="checkbox"/> DC Leve <input type="checkbox"/> DC Moderado <input type="checkbox"/> DC Severo <input type="checkbox"/> 2.2 Estado Afectivo Sin manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/> Con manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/> III. SOCIO FAMILIAR: Buena <input type="checkbox"/> Riesgo Social <input type="checkbox"/> Problema Social <input type="checkbox"/> IV. FÍSICO: 1.- 2.- 3.- 4.-	
CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR:	
(Al final de la primera consulta)	
SALUDABLE <input type="checkbox"/>	FRÁGIL <input type="checkbox"/>
ENFERMO <input type="checkbox"/>	GERIÁTRICO COMPLETO <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO	
Exámenes auxiliares	
Referencia (Lugar y motivo):	
Próxima Cita:	Firma y Sello:
Atendido por:	(Colegio prof)
Observación:	
APELLIDOS Y NOMBRES:	N° HC

				5.3
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR				
DATOS GERALES				
CONSULTA				
ENFERMEDAD ACTUAL				
FECHA:		HORA:		Edad:
Motivo de consulta:			Tiempo de Enfermedad:	
Apetito:		Sed:		Sueño:
Orina:		Deposiciones:		Pérdida de peso:
Ex. Físico	T*	P/A:	FC:	FR:
			Peso:	Talla:
			IMC:	P.AB:
Piel:				
SC: Edemas Estado de los pies (pulsos pedios):				
Cabeza y Cuello:				
Cavidad oral:				
Tórax y Pulmones:				
Aparato Cardiovascular:				
Abdomen:				
Aparato Genitourinario:			Tacto Rectal:	
Sistema Nervioso:				
Aparato Locomotor:				
ESTADO NUTRICIONAL				
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)				
Adelgazado		≤ de 23		
Normal		23.1 a 27.9		
Sobrepeso		28 a 31.9		
Obeso		32 ó más		
Diagnostico:				
I. FUNCIONAL: Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente Parcial <input type="checkbox"/> Dependiente Total <input type="checkbox"/>				
II. MENTAL: 2.1 Estado Cognitivo Normal <input type="checkbox"/> DC Leve <input type="checkbox"/> DC Moderado <input type="checkbox"/> DC Severo <input type="checkbox"/>				
2.2 Estado Afectivo Sin manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/> Con manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/>				
III. SOCIO FAMILIAR: Buena <input type="checkbox"/> Riesgo Social <input type="checkbox"/> Problema Social <input type="checkbox"/>				
IV. FISICO: 1.- <input type="checkbox"/> 2.- <input type="checkbox"/>				
3.- <input type="checkbox"/> 4.- <input type="checkbox"/>				
CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR:				
(Al final de la primera consulta)				
SALUDABLE <input type="checkbox"/>		FRÁGIL <input type="checkbox"/>		
ENFERMO <input type="checkbox"/>		GERIÁTRICO COMPLETO <input type="checkbox"/>		
TRATAMIENTO		Exámenes auxiliares		
		Referencia (Lugar y motivo):		
Próxima Cita:		Firma y Sello:		
Atendido por:		(Colegio prof)		
Observación:				
APELLIDOS Y NOMBRES:				N° HC

0510

FORMATO N°29

29

						5.4	
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR							
DATOS GERALES							
CONSULTA							
ENFERMEDAD ACTUAL							
FECHA:		HORA:		Edad:			
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:			
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:	
Orina:		Deposiciones:		Pérdida de peso:			
Ex. Físico	T*	P/A:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC: P.AB:
Piel:							
TCSC: Edemas				Estado de los pies (pulsos pedios):			
Cabeza y Cuello:							
Cavidad oral:							
Tórax y Pulmones:							
Aparato Cardiovascular:							
Abdomen:							
Aparato Genitourinario:				Tacto Rectal:			
Sistema Nervioso:							
Aparato Locomotor:							
ESTADO NUTRICIONAL				ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)			
Adelgazado				< de 23			
Normal				23.1 a 27.9			
Sobrepeso				28 a 31.9			
Obeso				32 ó más			
Diagnostico:							
I. FUNCIONAL:		Independiente <input type="checkbox"/>		Dependiente Parcial <input type="checkbox"/>		Dependiente Total <input type="checkbox"/>	
II. MENTAL:		Normal <input type="checkbox"/>		DC Leve <input type="checkbox"/>		DC Moderado <input type="checkbox"/>	
2.1 Estado Cognitivo		Sin manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/>		Con manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/>		DC Severo <input type="checkbox"/>	
2.2 Estado Afectivo		Buena <input type="checkbox"/>		Riesgo Social <input type="checkbox"/>		Problema Social <input type="checkbox"/>	
III. SOCIO FAMILIAR:							
IV. FÍSICO:		1.-		2.-		3.-	
		3.-		4.-			
CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR:							
(Al final de la primera consulta)							
SALUDABLE <input type="text"/>				FRÁGIL <input type="text"/>			
ENFERMO <input type="text"/>				GERIÁTRICO COMPLETO <input type="text"/>			
TRATAMIENTO				Exámenes auxiliares			
				Referencia (Lugar y motivo):			
Próxima Cita:				Firma y Sello:			
Atendido por:				(Colegio prof)			
Observación:							
APELLIDOS Y NOMBRES:						N° HC	
						0514	

		5.34
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR		
DATOS GERALES		
CONSULTA		
ENFERMEDAD ACTUAL		
FECHA:	HORA:	Edad:
Motivo de consulta:		Tiempo de Enfermedad:
Apetito:	Sed:	Sueño:
Orina:	Deposiciones:	Pérdida de peso:
Estado de ánimo:		
Ex. Físico	Tº	P/A:
FC:	FR:	Peso:
Talla:	IMC:	P.AB:
Piel:		
TCSC: Edemas	Estado de los pies (pulsos pedios):	
Cabeza y Cuello:		
Cavidad oral:		
Tórax y Pulmones:		
Aparato Cardiovascular:		
Abdomen:		
Aparato Genitourinario:	Tacto Rectal:	
Sistema Nervioso:		
Aparato Locomotor:		
ESTADO NUTRICIONAL	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	
Adelgazado	≤ de 23	
Normal	23.1 a 27.9	
Sobrepeso	28 a 31.9	
Obeso	32 ó más	
Diagnostico:		
I. FUNCIONAL:	Independiente <input type="checkbox"/>	Dependiente Parcial <input type="checkbox"/>
II. MENTAL:	Dependiente Total <input type="checkbox"/>	DC Severo <input type="checkbox"/>
2.1 Estado Cognitivo	Normal <input type="checkbox"/>	DC Leve <input type="checkbox"/>
2.2 Estado Afectivo	DC Moderado <input type="checkbox"/>	Con manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/>
III. SOCIO FAMILIAR:	Sin manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/>	Problema Social <input type="checkbox"/>
IV. FISICO:	Buena <input type="checkbox"/>	Riesgo Social <input type="checkbox"/>
1.-	2.-	3.-
3.-	4.-	
CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR:		
(Al final de la primera consulta)		
SALUDABLE <input type="checkbox"/>	FRÁGIL <input type="checkbox"/>	
ENFERMO <input type="checkbox"/>	GERIÁTRICO COMPLETO <input type="checkbox"/>	
TRATAMIENTO		Exámenes auxiliares
Referencia (Lugar y motivo):		
Próxima Cita:	Firma y Sello:	
Atendido por:	(Colegio prof)	
Observación:		
APELLIDOS Y NOMBRES:		N° HC

FORMATO N°30

30

Establecimiento de Salud: _____	N° _____	RED USCO NORTE
PERU Ministerio de Salud	N° Código del Lab.: _____	SOLICITUD DE EXAMEN CITOLÓGICO CÉRVICO UTERINO
DATOS DE LA PACIENTE		
Apellidos y Nombres _____		HCL _____
Domicilio _____		Distrito _____ Teléfono _____
Fecha de nacimiento DD MM AA	N° DNI _____	EDAD _____ Teléfono Familiar _____
HISTORIA GINECOLÓGICA		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (especifique)
- Fecha de Última Regla <input type="text" value=" / /"/> Formula Obst. G: _____ P: _____ A: _____ H.V: _____ H.M.: _____		
- Embarazada Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
- Uso de Método Anticonceptivo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Especifique tipo de método anticonceptivo y tiempo _____		Examen Ginecológico
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN DE MUESTRAS		Colposcopia
Fecha de Obtención de Muestras _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (especifique)
DD MM AA		Especifique _____
SELLO Y FIRMA _____		Diagnóstico anterior _____
		Fecha de diagnóstico anterior _____

INFORME DE DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO CÉRVICO UTERINO

<p>1) CALIDAD DEL ESPÉCIMEN</p> <input type="checkbox"/> Espécimen Satisfactorio para la evaluación <input type="checkbox"/> Espécimen Insatisfactorio para la evaluación por _____ <input type="checkbox"/> Espécimen rechazado/no procesado por _____ <input type="checkbox"/> Espécimen procesado y examinado pero insatisfactorio para evaluación de anomalía epitelial por _____ <p>2) CLASIFICACIÓN GENERAL</p> <input type="checkbox"/> Negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad. <input type="checkbox"/> Anormalidades en células epiteliales _____ <input type="checkbox"/> Otros _____ <small>* Indicar si es glandular o escamoso</small> <p>3) INTERPRETACIÓN DESCRIPTIVA</p> <p>3.1. ANORMALIDADES DE CÉLULAS EPITELIALES</p> <p>3.1.1. Células Escamosas</p> <input type="checkbox"/> - Células Escamosas atípicas <input type="checkbox"/> De significación indeterminada (CEASI, equivale a ASCUS) <input type="checkbox"/> No excluye LEIAG <input type="checkbox"/> Lesión Escamosa Intraepitelial de BAJO GRADO (LEIBG) <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Displasia leve (NIC I) <input type="checkbox"/> - Lesión Escamosa Intraepitelial de ALTO GRADO (LEIAG) <input type="checkbox"/> HPV con atipia <input type="checkbox"/> Displasia Moderada (NIC II) <input type="checkbox"/> Displasia Severa (NIC III) <input type="checkbox"/> Carcinoma <i>in situ</i> <input type="checkbox"/> - Carcinoma de Células Escamosas (Tipo) _____	<p>3.1.2. Células Glandulares</p> <input type="checkbox"/> - Células endometriales benignas de tipo epitelial. <input type="checkbox"/> - Células endometriales benignas de tipo estromal <input type="checkbox"/> - Células endometriales benignas de tipo epitelial, en mujer postmenopáusica. <input type="checkbox"/> - Células glandulares atípicas (AGC) <input type="checkbox"/> Endocervicales <input type="checkbox"/> Endometriales <input type="checkbox"/> Otro tipo no específico <input type="checkbox"/> - Adenocarcinoma endocervical <i>in situ</i> <input type="checkbox"/> - Adenocarcinoma tipo _____ <p>3.2. OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS (especifique)</p> <p>3.3. CAMBIOS CELULARES BENIGNOS</p> <p>3.3.1. Cambios asociados a:</p> <input type="checkbox"/> I - Infección (Tipo de microorganismo si lo hubiere) <p>3.3.2. Cambios reactivos asociados a:</p> <input type="checkbox"/> - Inflamación <input type="checkbox"/> - Atrofia con inflamación sin inflamación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Radiación <input type="checkbox"/> - DIU <input type="checkbox"/> - Otros _____ <p>4) EVALUACIÓN HORMONAL:</p> <input type="checkbox"/> - Patrón Hormonal compatible con la edad y la Información Clínica <input type="checkbox"/> - Patrón Hormonal con discrepancia con la Edad y la Información Clínica (especifique) _____ <p>Valoración hormonal no posible por _____</p>	
Conclusiones y Sugerencias _____		
Obtener nueva muestra Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Los resultados obtenidos corresponden a las muestras pertenecientes a la paciente identificada, tal como se indica en el presente informe.		
Diagnóstico realizado en el Laboratorio _____	DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	CONFIRMADO POR
Fecha DD MM AA	Nombre y Apellidos _____ Colegiatura _____ Firma _____	
DATOS DEL PERSONAL DIGITADOR (nombre y cargo)		
Fecha de digitación / /		

0515

FORMATO N°32

32




INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

FECHA DE TAMIZAJE			HISTORIA CLINICA	DNI
Día	Mes	Año		

Apellidos y Nombres: _____ Edad: _____

Dirección: _____ *FECHA de Naci.:* _____ Teléfono: _____

ANTECEDENTES GINECO - OBSTÉTRICOS

Menarquia: _____ 1° R.S. _____ 1er Embarazo: _____ N° Hijos: _____ N° de Parejas sexuales: _____ FUR: _____

Uso de Anticonceptivos actualmente Si No Tipo de Anticonceptivos: _____

Antecedentes ITS: Si No Tipo de ITS: _____

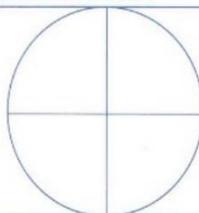
N° de Tamizaje en la vida: Año del último Tamizaje: Resultado del último Tamizaje:

PAP ()	PAP ()	PAP
IVAA ()	IVAA ()	IVAA

PROPOSITO DE VISITA 1er IVAA Control al año Control cada años

REPORTE DE IVAA





RESULTADO:

Positivo

Negativo

Sospecha de cáncer

¿TRIBUTARIO PARA CRIOTERAPIA? (solo para IVAA (+)): Si mismo día Postergada
No

OTROS DIAGNÓSTICOS
 EFI Condilomatosis Cervicitis Polpo
 Otros (especificar):

REFERENCIA: SI NO

RAZÓN DE REFERENCIA:
 Sospecha de cáncer
 Lesión extensa o lesión que se introduce al canal Otros (especificar)

SITIO DE REFERENCIA: _____

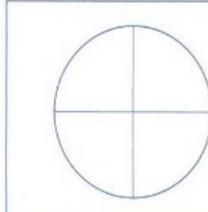
PRÓXIMA CITA: _____

REPORTE DE IVAA EN LUGAR DE REFERENCIA

Establecimiento de Salud _____

Fecha de Tamizaje: _____ / _____ / _____

Historia Clínica: _____



FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

1.- IVAA positiva no confirmado

2.- IVAA positiva confirmado Tributario para crioterapia

3.- IVAA positiva confirmado y crioterapia postergada

4.- IVAA positiva confirmado no Tributario para crioterapia referida. (Lugar de) REFERENCIA

FECHA DE LA PRÓXIMA CITA: _____ / _____ / _____

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

FORMATO N°33

**RED
USCO
ORTE** 33

PERÚ Ministerio de Salud INEN

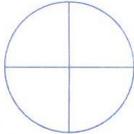
**INSPECCIÓN VISUAL CON
ÁCIDO ACÉTICO**

FORMATO DE RESULTADO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

EDAD: _____



RESULTADO

POSITIVO
 NEGATIVO
 SOSPECHA DE CÁNCER

SUGERENCIAS:

PRÓXIMO CONTROL:

FECHA: ____ / ____ / ____

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

**RED
USCO
ORTE**

PERÚ Ministerio de Salud INEN

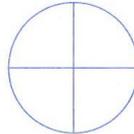
**INSPECCIÓN VISUAL CON
ÁCIDO ACÉTICO**

FORMATO DE RESULTADO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

EDAD: _____



RESULTADO

POSITIVO
 NEGATIVO
 SOSPECHA DE CÁNCER

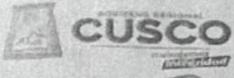
SUGERENCIAS:

PRÓXIMO CONTROL:

FECHA: ____ / ____ / ____

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

FORMATO N°34

		Gerencia Regional de Salud	Dirección de Laboratorio de Salud Pública	
34 "CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU" "AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL"				
FICHA PARA DIAGNOSTICO DE ANTIGENO PROSTATICO (PSA)				
DATOS DE LA INSTITUCION: GERESA: _____ ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ DIRECCION: _____ DATOS DEL PACIENTE:				
APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE: _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ OCUPACION: _____ LUGAR DE RESIDENCIA: _____ DISTRITO: _____			EDAD: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
PROVINCIA: _____ DEPARTAMENTO: _____				
DATOS CLINICOS EPIDEMIOLOGICOS FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: FECHA DE OBTENCION DE LA MUESTRA: DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: INMUNIZACIONES: _____ FECHA ULTIMA DOSIS: Fiebre Amarilla _____ Hepatitis B _____ Otra _____ CONTACTO CON ANIMALES: TRATAMIENTO RECIBIDO: OTROS:		SIGNOS Y SINTOMAS <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Erupción Dérmica <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Compromiso Sensorio <input type="checkbox"/> Conjuntivitis <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Otros Síntomas <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Adenomegalia <input type="checkbox"/> Dolor Articular <input type="checkbox"/> Viceromegalia <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Rinorrea <input type="checkbox"/> No Refiere		
MUESTRA QUE ENVIA <input type="checkbox"/> Suero <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Heces <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Secreción <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Espudo <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Otra		EXAMEN SOLICITADO PSA CUANTITATIVO: <input type="checkbox"/> METODO ELISA IGM <input type="checkbox"/> METODO QUIMIOLUMINISCENCIA		PRUEBA REALIZADA PSA CUALITATIVO: <input type="checkbox"/> PRUEBA RAPIDA <input type="checkbox"/> NINGUNA
Remitido Por: _____		Firma: _____		Fecha: _____
Resultado: _____		Informante: _____		Fecha: _____
 Dirección de Laboratorio de Salud Pública Av. De la Cultura S/N. dispcusco@gmail.com Telef. 581560 Anexo 2134				
0501				

FORMATO N°35

35




FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO

CONSULTA

FECHA:		HORA:		EDAD:			
Motivo Consulta:				Tiempo Enfermedad:			
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de animo:	
Orina:		Deposiciones:					
EXAMEN FISICO	Tº:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNOSTICO:				TRATAMIENTO:			
				Exámenes auxiliares:			
				Referencia (lugar y motivo)			
Próxima cita:				Firma y Sello:			
Atendido por:				(colegio profesional)			
observación:							

FECHA:		HORA:		EDAD:			
Motivo Consulta:				Tiempo Enfermedad:			
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de animo:	
Orina:		Deposiciones:					
EXAMEN FISICO	Tº:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNOSTICO:				TRATAMIENTO:			
				Exámenes auxiliares:			
				Referencia (lugar y motivo)			
Próxima cita:				Firma y Sello:			
Atendido por:				(colegio profesional)			
observación:							

Apellidos y nombre: _____ Nº H.C. 0592



FORMATO DE ATENCION INTEGRAL

CONSULTA							
FECHA:		HORA:		EDAD:			
Motivo Consulta:				Tiempo Enfermedad:			
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:	
Orina:				Deposiciones:			
EXAMEN FISICO	Tº:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNOSTICO:				TRATAMIENTO:			
				Exámenes auxiliares:			
				Referencia (lugar y motivo)			
Próxima cita:				Firma y Sello:			
Atendido por:				(colegio profesional)			
observación:							
CONSULTA							
FECHA:		HORA:		EDAD:			
Motivo Consulta:				Tiempo Enfermedad:			
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:	
Orina:				Deposiciones:			
EXAMEN FISICO	Tº:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNOSTICO:				TRATAMIENTO:			
				Exámenes auxiliares:			
				Referencia (lugar y motivo)			
Próxima cita:				Firma y Sello:			
Atendido por:				(colegio profesional)			
observación:							
Apellidos y nombre:						Nº H.C.	



FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO



CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - MUJERES					3
Nota: Se puede colocar SI o Check, NO o Aspa, NI (normal) o ANO (anormal) o valores					
CADA CONSULTA	Fecha				COMENTARIO
Fiebre en los últimos días					
Más de 15 días					
Secreción o lesión en genitales					
Fecha de última menstruación					
PERIODICAMENTE	Fecha				COMENTARIO
Físico: Índice de masa corporal					
Presión arterial					
Vacunas: Antitetánica (3 dosis)					
Antiamebiana					
Antihepatitis B (3 dosis)					
Examen Bucal:					
Estado de higiene dental					
Caries dental					
Examen Visual: (>40 años)					
Perfil lipídico (> 45 años)					
Glicemia					
Mamas					
Pélvico y PAP (C/año.C/3a)					
Mamografía (>50 años C/2a)					
Ecografía (visceral abdominal)					
Hemograma					
Psicosocial: Ansiedad - Depresión					
Violencia Familiar					
Violencia Política					
Hábitos: Actividad Física					
Uso de alcohol					
Uso de tabaco					
Uso de otras drogas					
Otros					
Sexualidad: Actividad sexual					
Planificación familiar					
CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - HOMBRES					
Nota: Se puede colocar SI o Check, NO o Aspa, NI (normal) o ANO (anormal) o valores					
CADA CONSULTA	Fecha				COMENTARIO
Fiebre en los últimos días					
Más de 15 días					
Secreción o lesión en genitales					
PERIODICAMENTE	Fecha				COMENTARIO
Físico: Índice de masa corporal					
Presión arterial					
Vacunas: Antitetánica (3 dosis)					
Antiamebiana					
Antihepatitis B (3 dosis)					
Examen Bucal:					
Estado de higiene dental					
Caries dental					
Examen Visual: (>40 años)					
Perfil lipídico (> 45 años)					
Glicemia					
Acido urico					
Próstata					
Psicosocial: Ansiedad - Depresión					
Violencia Familiar					
Violencia Política					
Hábitos: Actividad Física					
Uso de alcohol					
Uso de tabaco					
Uso de otras drogas					
Otros					
Sexualidad: Actividad sexual					
Planificación familiar					

FORMATO N°37



Dirección Regional de Salud Cusco

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE



ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ CUSCO



Ficha de Tamizaje - Violencia Familiar y Maltrato Infantil

ESTABLECIMIENTO:

SERVICIO: Emergencia Pediatría Gineco-Obstetricia CRED Otros

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: SEXO: (M) Masculino (F) Femenino

DIRECCIÓN: D.N.I.

LEA AL PACIENTE:

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en solución de su problema. Por favor, conteste a estas preguntas:

PREGUNTE:

Si es adulto (a) / o adolescente:

¿Alguna vez un miembro de su familia, le insulta, le golpea, le chantajea, o le obliga a tener relaciones sexuales?

Si No
¿Quién?

Si es padre o madre de familia:

¿Su hijo es muy desobediente?
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?

Si No

MARQUE CON ASPA (X), TODOS LOS INDICADORES DE MALTRATO QUE OBSERVE...

En todos los casos: niña(o), adolescente, adulto(a), anciana(o):

FÍSICO

- Hematomas, contusiones inexplicables.
- Cicatrices quemaduras.
- Fracturas inexplicables.
- Marca de mordeduras.
- Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.
- Laceraciones en la boca, mejilla, ojos, etc.
- Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).
- Problemas con el apetito.
- Enuresis (niños).

PSICOLÓGICO

- Extrema falta de confianza en sí mismo.

- Tristeza, depresión o angustia.
- Retraimiento.
- Llanto frecuente.
- Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.
- Demandas excesivas de atención.
- Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.
- Tartamudeo.
- Temor a los padres o de llegar al hogar.
- Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.
- Ausentismo escolar.
- Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.
- Bajo rendimiento académico.
- Aislamiento de personas.

- Intento de suicidio.
- Uso alcohol, drogas. Tranquilizantes o analgésicos.

SEXUALES

- Conocimiento y conducta sexual, inapropiadas (niños).
- Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
- Embarazo precoz.
- Abortos o amenaza de Enferm. de Transm. sexual.

NEGLIGENCIA

- Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
- No vacunas o atención de salud.
- Acciden. o enf. muy frecuen.
- Descuido en higiene y aliño.
- Falta de estimulación del desarrollo
- Fatiga, sueño, hambre.

FECHA: DERIVADO POR: FIRMA:

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIÓ EL CASO:

Enuresis: Distinguir entre Enuresis Primaria (EP) y Enuresis Secundaria (ES). La EP es cuando el niño nunca ha tenido control de Esfínteres ("siempre se ha orinado") La ES es cuando al niño alguna vez aprendió a controlar sus esfínteres y actualmente "Se está orinando".

FORMATO N°38

38



ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD
MENTAL Y CULTURAL DE PAZ
CUSCO



Test AUDIT

Items	Criterios valorativos de valoración
1. ¿Con cuanta frecuencia toma Ud. Bebidas alcohólicas?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes. 2. De 2 a 4 veces al mes. 3. De 3 a 4 veces a la semana. 4. Cuatro o mas veces a la semana.
2. Cuando Ud. se encuentra tomando, ¿Cuántos tragos bebe Ud.?	0. Uno o 2. 1. Tres o 4. 2. Cinco o 6. 3. Siete u 8. 4. Diez o mas.
3. ¿Cuántas veces toma Ud. seis a mas tragos en una ocasión de consumo?	0. Nunca. 1. Menos de una vez. 2. Una vez al mes. 3. Una vez a la semana. 4. Diariamente o casi diariamente.
4. ¿Cuántas veces durante el último año se ha encontrado que no podía parar de tomar una vez que había empezado?	0. Nunca. 1. Menos de una vez. 2. Una ves al mes. 3. Una vez a la semana. 4. Diariamente o casi diariamente.
5. ¿Cuántas veces durante el último año no ha podido hacer lo que esperaba de Ud, debido a la bebida?	0. Nunca. 1. Menos de una vez. 2. Una ves al mes. 3. Una vez a la semana. 4. Diariamente o casi diariamente.
6. ¿Cuántas veces durante el último año ha necesitado un primer trago en la mañana, para iniciar el día, después de haber estado tomando mucho?	0. Nunca. 1. Menos de una vez. 2. Una ves al mes. 3. Una vez a la semana. 4. Diariamente o casi diariamente.
7. ¿Cuántas veces durante el último año ha tenido sentimientos de: culpa o remordimiento después de beber?	0. Nunca. 1. Menos de una vez. 2. Una ves al mes. 3. Una vez a la semana. 4. Diariamente o casi diariamente.
8. ¿Cuántas veces durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que pasó la noche anterior porque estuvo bebiendo)	0. Nunca. 1. Menos de una vez. 2. Una ves al mes. 3. Una vez a la semana. 4. Diariamente o casi diariamente.
9. ¿Ud. o alguna otra persona ha sido herida como resultado de haber bebido?	0. No 1. Si pero no durante el año pasado (2) 2. Si durante el año pasado (4)
10. ¿Algún familiar, amigo, médico u otras personas de salud, se ha preocupado que Ud. este bebiendo mucho, le ha sugerido que debiera dejar de beber?	0. No 1. Si pero no durante el año pasado (2) 2. Si durante el año pasado (4)

0596

Interpretación

	HOMBRES	MUJERES
No problemas relacionados con alcohol	0 - 7	0 - 5
Bebedor de riesgo	8 - 12	6 - 12
Problemas físicos-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	13 - 40	13 - 40

J. Bobes, M. Portilla, M. bascaran, P. Saiz, M. Bousoño. Banco de Instrumentos básicos para la práctica Clínica psiquiátrica 2da. Edición ARS médica. Barcelona España. 2002

FORMATO N°39

39



ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD
MENTAL Y CULTURAL DE PAZ
CUSCO



ANEXO 1
CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS
S.Q.R. -18

Fecha: Entrevistador:

Establecimiento:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M F

Dirección: D.N.I.:

Motivo de Consulta:

.....

.....

.....

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. ¿Tiene mal apetito? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. ¿Duerme mal? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. ¿Se asusta con facilidad? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. ¿Sufre de temblor de manos? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. ¿Se siente nervioso o tenso? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. ¿Sufre de mala digestión? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 8. ¿Es incapaz de pensar con claridad? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 9. ¿Se siente triste? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 10. ¿Llora Ud. Con mucha frecuencia? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo?
(¿Su trabajo se ha visto afectado?) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 15. ¿Ha perdido el interés en las cosas? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 16. ¿Se siente aburrido? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Puntualidad de las preguntas del 1 al 18 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 05-7 |

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 19. ¿Siente Ud. Que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 20. ¿Es Ud. Una persona mucho más importante que lo que piensa los demás? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 21. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 22. ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no puedan oír? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 23. ¿Has tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos piernas con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 24. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, amigos, su médico a su sacerdote que ud. está bebiendo demasiado? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 25. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 26. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida? como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 27. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 28. ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN:

El cuestionario tiene, varias partes: Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustias y otros, nueve o más respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por tanto se le considera un "CASO".

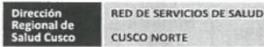
Las preguntas 19 al 22 son indicativas de un trastorno psicótico, una sola respuesta positiva entre estas cuatro determinan un "CASO".

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir trastorno convulsivo.

La preguntas 24 y 28 indican problemas relacionados con el alcohol, la respuesta positiva a una sola de ellas determinan que el paciente tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquier de estas posibilidades o una combinación de tres, indica que efectivamente se trata de un "CASO".

FORMATO N°40



LISTADO DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES PARA NIÑOS ESCOLARES DE 8 A 11 AÑOS

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Colegio: _____

Grado: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES

A continuación encontrarás una lista de habilidades utilizadas en la vida diaria por los niños. Al lado de cada habilidad, encontrarás 5 casilleros. Marca tu respuesta con una X en el que consideres conveniente, para esto ten en cuenta los siguientes criterios:

- NUNCA LO HAGO
- CASI NUNCA LO HAGO
- A VECES LO HAGO
- CASI SIEMPRE LO HAGO
- SIEMPRE LO HAGO

Responde con sinceridad, no hay respuestas buenas ni malas, ah! Y asegúrate de contestar todas

HABILIDAD	Nunca lo Hago	Casi Nunca lo Hago	A Veces lo Hago	Casi Siempre lo Hago	Siempre lo Hago
1. Le pregunto a mis amigos si me han entendido cuando les hablo.	0	1	2	3	4
2. Cuando converso con alguien le miro a los ojos para que me escuche.	0	1	2	3	4
3. Escucho con atención cuando me hablan.	0	1	2	3	4
4. En clase, cuando no comprendo lo que explica el profesor le pregunto para aclarar mis dudas	0	1	2	3	4
5. Cuando un compañero se burla de mí, le digo que me molesta lo que dice.	0	1	2	3	4
6. Cuando alguien coge mis cosas pido que me lo devuelvan.	0	1	2	3	4
7. Si algún compañero me amenaza le digo al profesor.	0	1	2	3	4
8. Si tengo dificultad para resolver una tarea, pido ayuda a mis familiares o amigos.	0	1	2	3	4
9. Cuando me porto mal pido disculpas.	0	1	2	3	4
10. Pido disculpas cuando me doy cuenta de que he ofendido a alguien y le digo que no volveré a hacerlo.	0	1	2	3	4
11. Identifico con facilidad la emoción (cólera o miedo) que estoy sintiendo	0	1	2	3	4
12. Cuando me siento triste le cuento a un amigo.	0	1	2	3	4
13. Si mi amiga o amigo está triste lo ayudo	0	1	2	3	4
14. Cuando mis amigas o amigos están alegres busco compartir su alegría.	0	1	2	3	4
15. Pienso que soy un niño o niña que vale mucho.	0	1	2	3	4

0598

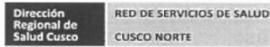
HABILIDAD	Nunca lo Hago	Casi Nunca lo Hago	A Veces lo Hago	Casi Siempre lo Hago	Siempre lo Hago
16. Piensa que soy importante aunque a veces me equivoque.	0	1	2	3	4
17. Si me saco buena nota por mi propio esfuerzo pienso: "Soy un buen estudiante".	0	1	2	3	4
18. Luego de cumplir mis tareas me premio (salgo a jugar, entro a internet, veo televisión, me compro un dulce, etc.).	0	1	2	3	4
19. Me doy un tiempo para reconocer las cosas que me molestan	0	1	2	3	4
20. Si alguien me fastidia, le digo que me molesta y que deje de hacerlo.	0	1	2	3	4
21. Cuando alguien me molesta pienso en mi mente: "no le voy a hacer caso".	0	1	2	3	4
22. Cuando estoy muy molesto cuento hasta 5 para calmarme.	0	1	2	3	4
23. Si me buscan pelea, pienso antes, en las cosas malas que podrían ocurrir.	0	1	2	3	4
24. Pienso que las niñas y los niños que pelean siempre, se meten en más problemas.	0	1	2	3	4
25. Cuando estoy molesto tomo aire y lo voto lentamente para poder calmarme.	0	1	2	3	4
26. Práctico ejercicios para poder calmarme cuando estoy molesto.	0	1	2	3	4
27. Si alguien no esta de acuerdo conmigo, escucho sus motivos.	0	1	2	3	4
28. Para evitar pelear con un amigo converso con el para buscar una solución.	0	1	2	3	4
29. A pesar de que tenga miedo de salir a la pizarra, salgo al frente de todas maneras.	0	1	2	3	4
30. Duermo solo y tranquilo.	0	1	2	3	4
31. Si desapruébo en un examen, sigo estudiando para aumentar mi nota.	0	1	2	3	4
32. Pienso: "No soy perfecto, algunas veces me puedo equivocar".	0	1	2	3	4
33. Si un compañero o compañera de clase me dice para escaparnos, le respondo que no quiero hacerlo.	0	1	2	3	4
34. Si mis amigos o amigas me presionan para esconder los útiles de un compañero o compañera no les hago caso.	0	1	2	3	4
35. Si mis amigos o amigas se ríen cuando saldo a la pizarra sigo haciendo la tarea.	0	1	2	3	4
36. Participo en alguna actuación en mi colegio.	0	1	2	3	4
37. Si alguien me trata mal, se lo digo a una persona de confianza (amigo, papá, mamá, profesor, policía, etc.)	0	1	2	3	4
38. Rechazo hacer cosas de adultos que no se hacer y que ponen en peligro mi salud (arreglar enchufes, cambiar gas, planchar, etc.)	0	1	2	3	4
39. Boto los desechos en el basurero.	0	1	2	3	4
40. Tiendo mi cama y ordeno mi cuarto.	0	1	2	3	4

¡ GRACIAS POR TU SINCERIDAD Y COLABORACIÓN !

CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES

MUY BAJO	BAJO	REGULAR BAJO	REGULAR	REGULAR ALTO	ALTO	MUY ALTO	MUY BAJO
0 - 42	43 - 85	86 - 100	86 - 100	101 - 128	129 - 148	150 - 168	0 - 42

FORMATO N°41



CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES HHSS

Nombres Apellidos: _____ Fecha de Aplicación: ____/____/____

Edad: _____ Sexo: M() F() Fecha de Nac: _____ Colegio u/o Institución: _____

Grado de Instrucción: _____ Ocupación: _____ DNI: _____

P. Dx. HS

Categorías		M b	B	P b	P	P a	A	M a
Áreas	P							
Asertividad								
Comunicación								
Autoestima								
Toma de decisiones								
P.T.								

RECOMENDACIONES: _____

Instrucciones:

A continuación encontrarás una lista de habilidades que las personas usan en su vida diaria, señala tu respuesta marcando una X uno de los casilleros que se ubican en la columna de la derecha, utilizando los siguientes criterios:

- N = Nunca
- RV = Rara vez
- AV = A veces
- AM = A menudo
- S = Siempre

Recuerda que: tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate de contestar todas.

Área de Habilidades sociales

ÁREAS DE LA LISTA DE HABILIDADES SOCIALES	ITEMS
Asertividad	01 al 12
Comunicación	13 al 21
Autoestima	22 al 33
Toma de decisiones	34 al 42

Categoría de las habilidades sociales

CATEGORÍAS	PUNTAJE DIRECTO DE ASERTIVIDAD	PUNTAJE DIRECTO DE COMUNICACIÓN	PUNTAJE DIRECTO DE AUTOESTIMA	PUNTAJE TOMA DE DECISIONES	TOTAL
Muy bajo	0 a 20	Menor a 19	Menor a 21	Menor a 16	Menor a 88
Bajo	20 a 32	19 a 24	21 a 34	16 a 24	88 a 126
Promedio bajo	33 a 38	25 a 29	35 a 41	25 a 29	127 a 141
Promedio	39 a 41	30 a 32	42 a 46	30 a 33	142 a 151
Promedio Alto	42 a 44	33 a 35	47 a 50	34 a 36	152 a 161
Alto	45 a 49	36 a 39	51 a 54	37 a 40	162 a 173
Muy alto	50 a más	40 más	55 a más	41 a más	174 a más

PASOS PARA LA CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL LISTADO DE HH.SS.

1. Calificar las respuestas del adolescente comparando con la clave de respuestas.
2. Sumar las puntuaciones de las áreas.
3. Los puntajes obtenidos en cada área son llenados al cuadro de categorías de las HH.SS.
4. Elaborar el perfil diagnóstico de las HH.SS.
5. La interpretación es la siguiente.

Categoría de Promedio en la suma total de las áreas corresponde a personas que requieren consolidar e incrementar sus habilidades sociales.

Categoría Promedio alto en la suma total serán, se consideran como personas con adecuadas habilidades sociales.

Categoría Alto o Muy alto serán considerados, se consideran como personas competentes en las HH.SS.

Categoría Promedio bajo se calificarán como personas con HH.SS. **muy básicas** y que requieren de un mayor incremento y **reforzamiento** para una mayor competencia.

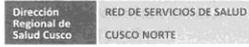
Categoría Promedio y Muy Bajo serán considerado como personas con **déficit de HH.SS.** (As, Co, Au, Td), lo cual lo puede situar como un/una adolescente en riesgo.

HABILIDADES	N	RV	RV	AM	S
1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas.	5	4	3	2	1
2. Si un amigo(a) habla mal de mi persona le insulto.	5	4	3	2	1
3. Si necesito ayuda lo pido de buena manera.	1	2	3	4	5
4. Si un amigo(a) se saca una buena nota en el examen no la felicito.	5	4	3	2	1
5. Agradezco cuando alguien me ayuda.	1	2	3	4	5
6. Me acerco abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años.	1	2	3	4	5
7. Si un amigo(a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.	1	2	3	4	5
8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.	5	4	3	2	1
9. Le digo a mi amigo(a) cuando hace algo que no me agrada.	1	2	3	4	5
10. Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo,exigiendo mi derecho a ser respetado.	1	2	3	4	5
11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.;	5	4	3	2	1
12. No hago caso cuando mis amigos(as) me presionan para consumir alcohol.	1	2	3	4	5
13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.	5	4	3	2	1
14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.	1	2	3	4	5
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.	1	2	3	4	5
16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender.	5	4	3	2	1
17. Me dejo entender con facilidad cuando hablo.	1	2	3	4	5
18. Utilizo u tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.	1	2	3	4	5
19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.	5	4	3	2	1
20. Si estoy nervioso(a) trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.	1	2	3	4	5
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.	1	2	3	4	5
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.	1	2	3	4	5
23. No me siento contento(a) con mi aspecto físico.	5	4	3	2	1
24. Me gusta verme arreglado(a).	1	2	3	4	5
25. Puedo Cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado(a).	1	2	3	4	5
26. Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno.	5	4	3	2	1
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.	1	2	3	4	5
28. Puedo hablar sobre mis temores.	1	2	3	4	5
29. Cuando algo me sale mal no se cómo expresar mi colera.	5	4	3	2	1
30. Comparto mi alegría con mis amigos(as).	1	2	3	4	5
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante.	1	2	3	4	5
32. Puedo guardar los secretos de mis amigos(as).	1	2	3	4	5
33. Rechaza hacer las tareas de mi casa.	5	4	3	2	1
34. Pienso en varias soluciones frente a un problema.	1	2	3	4	5
35. Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema.	5	4	3	2	1
36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.	1	2	3	4	5
37. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.	5	4	3	2	1
38. Hago planes para mis vacaciones.	1	2	3	4	5
39. Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro.	1	2	3	4	5
40. Me cuesta decir que no por miedo a ser criticado.	5	4	3	2	1
41. Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados(as).	1	2	3	4	5
42. Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.	1	2	3	4	5

Gracias por su colaboración

FORMATO N°42

42



HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

FECHA: ____ / ____ / ____

N° H. CL.: _____

I.- DATOS DE FILIACIÓN

1. Nombres y Apellidos: _____
2. Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
3. Estado Civil: _____ Nombre de cónyuge: _____
4. N° de hijos: _____ N° de hermanos: _____ Lugar que ocupa: _____
5. Idioma: _____
6. Ocupación: _____ Grado de instrucción: _____
7. Domicilio: _____ Lugar de Procedencia: _____
8. N° de celular y/o teléfono: _____
9. Actualmente vive con: _____
10. Referido por: _____
11. Informante: _____

II. MOTIVO DE CONSULTA Y/O PROBLEMA ACTUAL

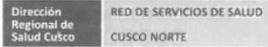
III. ANTECEDENTES (Historia Personal y Familiar)

a) Historia Personal:

Niñez (0-11 años): _____

Adolescencia (12-17 años): _____

0531



Adultez (30 a + años):

b) Historia Familiar:

IV. EXAMEN MENTAL

1. **ASPECTO FENERAL Y DE CONDUCTA:** Erguida, encorvada, oscilante, tensa rigidez muscular, agitado, inquieto, hipoactivo (movimiento lentificados), manierismos o tics, hiperactividad, exaltación, furor.

2. **CONCIENCIA:** Niveles de alerta del paciente somnolencia, sopor, estupor, coma, obnubilación de la conciencia.

3. **ORIENTACIÓN:** Desorientación en persona, tiempo y espacio.

4. **ATENCIÓN:** Distraibilidad, Inatención, hipoprosexia, aprosexia, hiperprosexia.

5. **LENGUAJE:** Dislalia, disartria, afasia, mutismo, tartamudez, taquilalia, bradialia, neologismo, ecolalia, ensalada de palabras.

Oral:

Escrito:

6. **AFECTIVIDAD:** Angustia, ansiedad, tristeza, depresión, labilidad emocional, anhedonia, síntomas conversivos, disociativos, ambivalencia afectiva.



Dirección Regional de Salud Cusco

RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE



ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ CUSCO



7. **SENSACIONES Y PERSEPCIONES:** Ilusiones, alucinaciones, hiperestesia, anestesia, parestesias.

8. **PENSAMIENTO:** Fuga de ideas, inhibición del pensamiento, bloqueo del pensamiento, robo del pensamiento, pensamiento incoherente, pensamiento obsesivo, delirios de persecución, de grandeza, de referencia, celotipias.

9. **MEMORIA:** Amnesia, hipermnnesia, amnesia selectiva, paramnesia, confabulación, olvidos.

10. **MECANISMOS DE DEFENSA:** Negación, proyección racionalización, regresión, etc.



11. **OTROS:** _____

V.- EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

- INTELIGENCIA: _____
- PERSONALIDAD: _____
- ORGANICIDAD: _____
- OTROS: _____

VI.- DIAGNÓSTICO



VII.- OBSERVACIONES

VIII.- CONCLUSIONES

IX.- TRATAMIENTO

0530



Dirección
Regional de
Salud Cusco

RED DE SERVICIOS DE SALUD
CUSCO NORTE



ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD
MENTAL Y CULTURA DE PAZ
CUSCO



FECHA	ACTIVIDAD (PLAN DE TRATAMIENTO)

FORMATO N°43



PERÚ Ministerio de Salud

ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD MENTAL Y CULTURAL DE PAZ CUSCO



43

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

DIRECCIÓN: _____

RESPONSABLE: _____

FECHA: _____

1. Nombre del paciente: _____

2. Edad: _____ N° H.C. _____

3. Diagnóstico: _____

4. Dirección: _____

5. Referencia: _____

6. Motivo de la visita: _____

7. Informe: (Anotar aspectos particulares de la familia, la vivienda, soporte familiar y comunal con que cuente el paciente)

8. Plan de Tratamiento:

Fecha: ____/____/____

Firma

0522

FORMATO N°44



Gobierno Regional
CUSCO
Caminemos juntos

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A MUJERES EN SITUACIÓN DE
VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA



PREGUNTAS PARA LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA

El siguiente listado de preguntas se presenta con la finalidad de indagar si la mujer se encuentra en situación de violencia de pareja o expareja. Esta lista de chequeo debe realizarse, dejando a consideración su adaptación, de acuerdo a las circunstancias y lenguaje de la usuaria; así como también, el profesional de salud podrá considerar aquellas otras preguntas que estime conveniente, de acuerdo a la dinámica de la entrevista.

Se sugiere recordar a la entrevistada que la pareja está compuesta por dos personas que tienen diferentes gustos y costumbres por lo que es natural que existan desacuerdos en la vida cotidiana.

Preguntas para relacionar el motivo de consulta con un posible maltrato

1. ¿Cómo se siente con usted misma?
2. ¿Mantiene su apetito, sueño y deseos de realizar sus actividades como de costumbre?
3. ¿Toma algo (medicación u otro que le hayan recomendado) para sentirse mejor?
 - Para preguntar a las usuarias sobre sus relaciones de pareja o expareja
4. ¿Cómo se siente en las relaciones cotidianas con su pareja o expareja?
5. ¿Cuáles son los desacuerdos más frecuentes que se dan con su pareja o expareja?
6. ¿Cómo manejan estos desacuerdos? ¿Llegan a las discusiones?
7. Generalmente, ¿cómo terminan las discusiones con su pareja o expareja?
8. ¿Su pareja o expareja se enoja con facilidad o tiene arranques inesperados de cólera?
 - Para preguntar directamente a las usuarias sobre un posible maltrato (el profesional de la salud debe realizar estas preguntas a continuación de las preguntas anteriores).
9. ¿Con qué frecuencia su pareja o expareja le dice cosas que a usted la hacen sentir mal?
10. ¿Alguna vez su pareja o expareja le ha amenazado o insultado?
11. ¿Tiene miedo a su pareja o expareja?
12. ¿Alguna vez ha recibido golpes, empujones, bofetadas o cualquier otra agresión?
13. Su pareja o expareja, ¿la obliga a mantener relaciones sexuales contra su voluntad?
14. ¿Ha realizado alguna denuncia contra su pareja o expareja por algún tipo de maltrato o violencia?
15. Alguna vez, ¿Ha pensado en abandonar a su pareja o expareja por su mala forma de tratarla?



Gobierno Regional
CUSCO
Caminemos juntos

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A MUJERES EN SITUACIÓN DE
VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA



FICHA DE EVALUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA O EXPAREJA

Fecha : _____ Nombre del Evaluador: _____

Establecimiento: _____

A) IDENTIFICACION DE LA USUARIA

1. Nombre y Apellidos: _____

2. Edad: _____ 3. Dirección: _____

4. Fecha de Nacimiento: _____ 5. Lugar: _____

6. Instrucción: Primaria Secundaria Superior Ninguna

7. Ocupación: Ama de casa Obrera Empleada Estudiante

8. Estado Civil: Soltera Casada Conviviente Divorciada

Separada Viuda

9. Tiempo de Unión: -1 año 1 - 3 años 4 - 7 años 8 años o más

10. Religión: Católica Evangélica Otro:(especificar) _____

11. Ingreso económico aproximado: _____

B) IDENTIFICACION DE PERSONAS RESPONSABLES

PERSONA RESPONSABLE: (Llenar en caso que la usuaria sea una adolescente)

1. Nombre y Apellidos: _____

2. Edad: _____

3. Instrucción: Primaria Secundaria Superior Ninguno

4. Ocupación: Estudiante Obrera Empleado Otro

5. Vive con él o la paciente: Sí No

6. Teléfono: _____

C) ESTADO DE SALUD FÍSICA

C.1. ASPECTO GENERAL:

1. Talla: _____ 2. Peso: _____

3. Higiene: Bueno Regular Malo

4. Aliño personal: Bueno Regular Malo

5. Aparente estado de salud: Bueno Regular Malo

6. Características particulares _____

0545 2



Gobierno Regional
CUSCO
Caminemos juntos

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A MUJERES EN SITUACIÓN DE
VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA



C.2 TIPO DE LESIÓN:

a) En el listado marque el número del tipo de lesión; (Especifique en casos puntuados)

b) Luego coloque el número en el Mapa Corporal en la parte lesionada

- 1. Hematomas _____
- 2. Cicatrices o señales de látigo, hebillas, quemaduras, ahorcamiento _____
- 3. Laceraciones y/o abrasiones en la piel, heridas _____
- 4. Quemaduras por fuego, líquidos o sustancias _____
- 5. Fracturas pasadas mal cicatrizadas, mal tratadas _____
- 6. Fracturas actuales _____
- 7. Luxaciones _____
- 8. Equimosis _____
- 9. Dificultad para caminar o sentarse _____
- 10. Ausencia de cabello o calvas _____
- 11. Desnutrición _____
- 12. Falta de vacunas _____
- 13. Hemorragias _____
- 14. Embarazo prematuro _____
- 15. Aborto o amenaza de... _____
- 16. Sospecha de ETS _____
- 17. Dolor e hinchazón o comezón en genitales _____
- 18. Desgarro perineal _____
- 19. Cuerpos extraños en vagina o recto _____
- 20. Otros _____

Explicación de la lesión de parte de paciente o familia



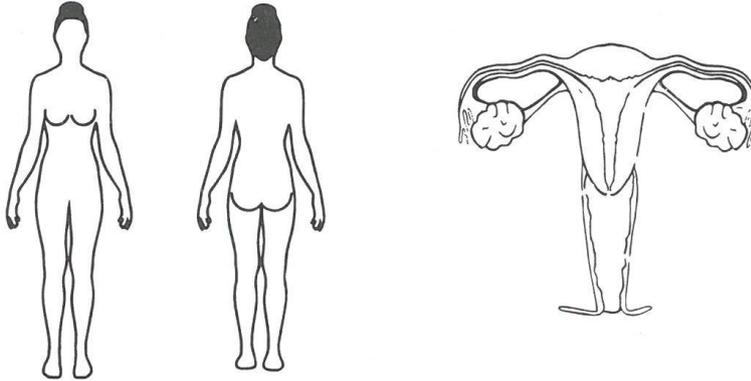
Gobierno Regional
CUSCO
Caminemos juntos

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A MUJERES EN SITUACIÓN DE
VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA



Mapa corporal



D) ESTADO DE SALUD EMOCIONAL

MARQUE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS OBSERVADOS

- 1. Temor a la pareja
- 2. Angustia, desesperación
- 3. Tristeza, llanto frecuente
- 4. Agresividad
- 5. Pérdida del interés en sus quehaceres
- 6. Sentimientos de desesperanza e impotencia
- 7. Irritabilidad
- 8. Pobre autoestima: sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpa. Subraye el que corresponda
- 9. Desconfianza, suspicacia
- 10. Excesiva quietud, falta de actividad exploratoria o conducta motora lenta. Subraye
- 11. Hiperactividad
- 12. Problemas del apetito: disminuido, aumentado, otros
- 13. Problemas del sueño: disminuido, aumentado, pesadillas, terrores nocturnos, otros
- 14. Problemas con eliminación:
- 15. Problemas de lenguaje: tartamudeo, otro
- 16. Gestos o intentos suicidas: pasados, actuales. Subraye
- 17. Uso o abuso de drogas (analgésicos, tranquilizantes) y alcohol
- 18. Juego patológico (apuestas)
- 19. Fugas
- 20. Confusión
- 21. Cambios en la conducta escolar o laboral: bajo rendimiento, ausentismo, otros

0543



Gobierno Regional CUSCO
Camnemos juntos

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA



E) HISTORIA DEL MALTRATO

E.1 TIPO DE MALTRATO:

1. Físico describa: _____
2. Psicológico describa: _____
3. Sexual describa: _____
4. Negligencia describa: _____

E.2 PERSONA AGRESORA:

1. Nombre y apellidos: _____ 2. Edad: _____
3. Domicilio: _____
4. Parentesco: Esposo Conviviente Otros _____
5. Instrucción: Primaria Secundaria Superior Ninguna
6. Ocupación: Estudiante Obrera Empleado Otro
7. Estado durante la agresión Sobrio Ebrio
 Drogado Ambos
8. Ingreso económico aproximado: _____

E.3 TIEMPO DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA:

- 1 año 1 - 2 años 3 - 5 años 6 - 10 años 11 o más

E.4 MEDIOS UTILIZADOS EN EL ACTO VIOLENTO:

- Propio cuerpo Armas u objetos (especificar) _____
- Sustancias (especificar) _____
- Amenazas Control Otro _____

E.5 MOTIVO:

- Económico Infidelidad/celos Ninguno Embarazo
- Desobediencia, no hace las tareas hogar/colegio
- Robo/mentira Limitación física o mental Otro

E.6 FRECUENCIA:

- Diario Semanal C / 2 semanas Mensual Anual

E.7 TESTIGOS DE LOS HECHOS VIOLENTOS:

- Hijos Familiares Vecinos

E.8 ACTITUD DEL O LA PACIENTE ANTE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA:

- Niega, encubre Justifica o se autoinculpa Conciliadora
- Desesperanza Paralizada por temor y sumisión
- Ambivalencia y confusión Reconoce su situación y pide ayuda
- Toma riesgos y actúa Agresividad hacia otros

0542 5



Gobierno Regional
CUSCO
Caminemos juntos

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A MUJERES EN SITUACIÓN DE
VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA



E.9 ANTECEDENTES:

Testigo de violencia en su familia Maltrato infantil (especificar) _____

E.10 NIVEL DE INFORMACIÓN:

Conoce la red de atención Si No

Conoce sus derechos Si No

E.11 RIESGO PARA LA INTEGRIDAD PERSONAL Y PARA LA VIDA:

Leve a moderado Moderado Severo

E.12 SOPORTE PSICOSOCIAL:

Apoyo familiar(especificar) _____

Apoyo de amigos (especificar) _____

Apoyo de grupos _____

Apoyo de vecinos _____

F) HALLAZGOS PRINCIPALES (Resumen)

Liste los problemas principales:

Diagnóstico CIE10

a) _____ b) _____

G) DISPOSICIÓN

G.1 DERIVACIÓN SERVICIOS DE SALUD:

- Medicina Gineco obstetricia Planificación familiar
 Pediatría PAI Programas alimentarios
 Otros Otros programas de salud mental

G.2 TIPO DE TRATAMIENTO:

- Consejería Intervención en crisis Psicoterapia
 Grupo de ayuda mutua Otro tratamiento de grupo
 Psicoeducación al o la paciente y su familia Visita domiciliaria

G.3 DERIVACIÓN RED MULTISECTORIAL:

- PNP Defensorías Asesoría legal
 Fiscalía de la Familia ONG

Cita: _____

Firma del profesional responsable _____

0541 6



Gobierno Regional
CUSCO
Caminemos juntos

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A MUJERES EN SITUACIÓN DE
VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA



FICHA "VALORACIÓN DE RIESGO" EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

APELLIDOS Y NOMBRES DE EL/LA OPERADOR/A: _____ FECHA: _____
INSTITUCIÓN (COMISARIA, MINISTERIO PÚBLICO, PODER JUDICIAL): _____ DISTRITO: _____ PROVINCIA: _____ DEPARTAMENTO: _____

APELLIDO Y NOMBRE DE LA VÍCTIMA: _____ EDAD DE LA VÍCTIMA: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI CARNET DE EXTRANJERÍA OTROS Número: _____ N° DE HIJOS/AS MENORES DE EDAD: _____
OCUPACIÓN: _____ LENGUA MATERNA: CASTELLANO QUECHUA AYMARA
LA VÍCTIMA ESTÁ EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD: SI NO OTROS (INGLES, ETC) ESPECIFIQUE: _____
TIPO: FÍSICA VISUAL AUDITIVA PSICOSOCIAL LENGUA DE SEÑAS (LEY 29535): SI NO
INTELLECTUAL SORDO/A-CIEGO/A MUDO/A IDENTIDAD ÉTNICA, ESPECIFIQUE: _____

INSTRUCCIONES: La presente ficha es para ser aplicada a mujeres y adolescentes mujeres mayores de 14 años que son víctimas de violencia por su pareja o ex pareja, con el objetivo de valorar el riesgo, prevenir el Femicidio y adoptar las medidas de protección correspondientes (Art. 28 de la Ley 30364). La ficha contempla datos sobre los hechos de violencia. Para su llenada, el/ella operador/a marcará cada ítem según el relato de la víctima, al final sumará todos los puntajes y de acuerdo al intervalo donde se ubica, pondrá la valoración respectiva.

I. ANTECEDENTES - VIOLENCIA PSICOLÓGICA, FÍSICA Y SEXUAL					PUNTAJE
1. ¿Ha interpuesto denuncia por anteriores hechos de violencia?	SI	NO			
	2	0			
2. ¿Con qué frecuencia su pareja o expareja le agredió física o psicológicamente, en el último año?	NO	A veces	Mensual	Diario / semanal	
	0	1	2	3	
3. En el último año, ¿las agresiones se han incrementado?	SI	NO			
	2	0			
4. ¿Qué tipo de lesiones le causaron las agresiones físicas recibidas en este último año?	NO	Lesiones como moretones, rasguños	Lesiones como fracturas, golpes sin compromisos de zonas vitales	Con riesgo de muerte/ requirió hospitalización: estrangulamiento, envenenamiento, desbarrancamiento, lesiones con compromisos de zonas vitales.	
	0	1	2	3	
5. ¿Usted conoce si su pareja o expareja tiene antecedentes de haber agredido físicamente a sus exparejas?	SI	NO	DESCONOCE		
	2	0	0		
6. ¿Su pareja o expareja ejerce violencia contra sus hijos/as, familiares u otras personas?	SI	NO	DESCONOCE		
	2	0	0		
7. ¿Su pareja o ex pareja le ha obligado alguna vez a tener relaciones sexuales?	SI	NO			
	3	0			

II. AMENAZAS				PUNTAJE	
8. ¿Su pareja o expareja le ha amenazado de muerte? ¿De qué manera le ha amenazado?	NO	Amenaza enviando mensajes por diversos medios (teléfono, email, notas)	Amenaza verbal con o sin testigos (hogar o espacios públicos)	Amenaza usando objetos o armas de cualquier tipo	
	0	1	2	3	
9. ¿Usted cree que su pareja o expareja la pueda matar?	SI	NO			
	3	0			

III. CONTROL EXTREMO HACIA LA PAREJA O EX PAREJA					PUNTAJE
10. ¿Su pareja o expareja desconfía de ud. o la acusa? ¿Cómo le muestra su desconfianza o acoso?	NO	Llamadas insistentes y/o mensajes por diversos medios	Invade su privacidad (revisa llamadas y mensajes telefónicos, correo electrónico, etc.)	Le sigue o espía por lugares donde frecuenta (centro laboral, estudios, etc).	
	0	1	2	3	
11. ¿Su pareja o expareja la controla? ¿De qué forma la hace?	NO	Controla su forma de vestir y salidas del hogar	La aísla de amistades y familiares	Restringe acceso a servicios de salud, trabajo o estudios	
	0	1	2	3	
12. ¿Su pareja o expareja utiliza a sus hijos/as para mantenerla a Ud. bajo control?	SI	NO			
	2	0			
13. ¿Su pareja o expareja le ha dicho o cree que usted le engaña?	NO le ha dicho nada	NO le ha dicho, pero cree	SI le ha dicho que le engaña		
	0	1	2		
14. ¿Ud. Considera que su pareja o expareja es celoso?	SI	NO			
	2	0			

0540

7



**Gobierno Regional
CUSCO**
Caminemos juntos

**GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO**
GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A MUJERES EN SITUACIÓN DE
VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA



IV. CIRCUNSTANCIAS AGRAVANTES					PUNTAJE
15. ¿Usted en algún momento le dijo a su pareja que quería separarse de él? ¿Cómo reaccionó él?	NO	Aceptó separarse pero no desea retirarse de la casa	No aceptó separarse Insiste en continuar con la relación	No aceptó separarse la amenaza con hacerle daño o matar a sus hijos/as	
	0	1	2	3	
16. ¿Actualmente vive usted con su pareja?	SI, viven juntos	NO, ya no viven juntos, pero insiste en retomar la relación			
	1	2			
17. ¿Su pareja es consumidor habitual de alcohol o drogas (diario, semanal, mensual)?	SI	NO			
	1	0			
18. ¿Su pareja o expareja tiene acceso a un arma de fuego?	SI	NO	DESCONOCE		
	1	0	0		
19. ¿Su pareja o expareja usa o ha usado un arma de fuego?	SI	NO			
	2	0			
TOTAL:					

VALORACIÓN DE RIESGO

Riesgo Leve: < 0 - 12 >
Riesgo Moderado: < 13 - 21 >
Riesgo Severo: < 22 - 44 >

Si marcó en la pregunta 4 la alternativa "Con riesgo de muerte/requirió hospitalización" (estrangulamiento, envenenamiento, de desbarrancamiento, lesiones con compromisos de zonas vitales, etc.) SE CONSIDERA COMO RIESGO SEVERO

RIESGO LEVE RIESGO MODERADO RIESGO SEVERO

OBSERVACIONES DE INTERÉS: (ESCRIBA LOS RESULTADOS DEL ANEXO FACTORES DE VULNERABILIDAD, ASÍ COMO INFORMACIÓN QUE CONSIDERE IMPORTANTE Y NO RECOJA LA FICHA).

FIRMA Y SELLO DEL/LA OPERADOR/A:

FIRMA DE LA USUARIA:

HUELLA DIGITAL

SE DEBE CONTINUAR CON EL ANEXO

0539



Gobierno Regional
CUSCO
Caminemos juntos

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A MUJERES EN SITUACIÓN DE
VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA



FACTORES DE VULNERABILIDAD

(Anexo complementario a la ficha de valoración de riesgo en mujeres víctimas de violencia de pareja)

INSTRUCCIONES: Mediante este anexo se recogen factores de vulnerabilidad que inciden en la continuidad de la violencia. Debe ser aplicada por el/la operador/a policial inmediatamente después de la FVR. En caso que la persona denunciante no presente la condición a la cual se refiere la pregunta de este anexo se marcará "no aplica". Cuando los factores de vulnerabilidad estén presentes en la víctima, deben ser tomados en cuenta para ampliar las medidas de protección y cautelares en la etapa de protección del proceso.

Violencia económica o patrimonial

- ¿Depende económicamente de su pareja?
SI () NO () Compartimos gastos ()
- ¿Su pareja o ex pareja cumple puntualmente con atender los gastos de alimentación suya y/o de sus hijos/as?
SI () NO ()
- ¿Piensa o tuvo que interponerle una demanda de alimentos?
Si piensa interponer demanda () Si interpuso demanda () NO ()
- ¿Su pareja o expareja ha realizado o realiza acciones para apropiarse de sus bienes (casa, dinero, carro, animales, artefactos, sueldo, negocio u otros bienes)? ¿o le restringe o impide el uso de los mismos?
SI () NO () No aplica porque no tiene bienes propios ()

Orientación Sexual

- ¿Su pareja o expareja la ha agredido, insultado y/o excluye (discriminado) por su orientación sexual?
(La víctima puede reservarse el derecho de contestar).
SI () NO () No aplica ()

Interculturalidad

- ¿Su pareja o expareja le humilla o excluye (discrimina) por su cosmovisión (forma de interpretar el mundo), lengua (lenguas indígenas acento y forma de hablar una lengua), fenotipo (rasgos físicos y/o color de piel) indumentaria (vestimenta, adornos y accesorios) e identidad étnica (pertenencia a un grupo étnico)?
SI () Especifique:
En el ámbito étnico de su pareja () En el ámbito étnico de ella () En cualquier otro ámbito () NO ()

Discapacidad

- Si en la primera sección (datos generales de la víctima) identificó que la persona no presenta discapacidad, pase a la pregunta 8.
- ¿Su pareja o ex pareja le humilla o excluye (discrimina) por estar en situación de discapacidad que le impide realizar con facilidad las actividades de la vida diaria?
SI () NO () No Aplica ()

Embarazo (en caso de responder afirmativamente la clasificación del riesgo sube un nivel)

- ¿Está embarazada?
SI () NO () (si respondió "No", no realizar las siguientes preguntas)
- ¿Su pareja le ha amenazado con abandonarle o su expareja le ha abandonado porque está embarazada?
SI () NO () No aplica porque no está embarazada ()
- ¿Su pareja o ex pareja le golpea o le ha golpeado en el vientre?
SI () NO () No aplica porque no está embarazada ()

1Operador/a, que identifique este factor de vulnerabilidad, debe orientar a la víctima sobre la posibilidad de interponer una demanda por alimentos.

2Espacio geográfico que ancestralmente ocupan y los nuevos espacios que estén ocupando.

3Operador/a, que identifique este factor de vulnerabilidad, debe conducir a la víctima a una institución de salud.



Gobierno Regional
CUSCO
Caminemos juntos

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A MUJERES EN SITUACIÓN DE
VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA



Prueba de Identificación de los trastornos por uso de alcohol
(AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test)

Las siguientes preguntas se refieren a SU consumo de alcohol. Lea cuidadosamente las preguntas, elija la opción que más se acerque y marque la columna correspondiente con una "X". Conteste de acuerdo a lo sucedido en los últimos doce meses.

PREGUNTAS	CALIFICACIÓN				
	0	1	2	3	4
1. En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia ingirió bebidas alcohólicas?	Nunca	Una vez al mes o menos	2 o 4 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana
2. En los últimos doce meses, ¿cuántos copas tomó en un día típico de los que beben?	Nunca	1 o 2	3 o 4	5 a 9	10 o más
3. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente tomó 6 o más copas en la misma ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Menos de una vez al mes	Semanalmente	Diario o casi a diario
4. En los últimos doce meses, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que empezó?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
5. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente dejó de hacer algo que debía hacer por beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
6. En los últimos doce meses, ¿Qué tan frecuente bebió a la mañana siguiente después de beber en exceso el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
7. En los últimos doce meses, ¿Qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
8. En los últimos doce meses, ¿Qué tan frecuente olvidó algo de lo que pasó cuando bebió?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
9. En los últimos doce meses, ¿se lastimó o alguien resultó lastimado cuando bebió?	No		Sí, pero no en el último año		
10. En los últimos doce meses, ¿algún amigo, familiar o doctor se preocupó por su forma de beber o le sugirió que le bajara?	No		Sí, pero no en el último año		

Calificación Total:

0 a 7 Abstemio o consumo de bajo riesgo

8 a 15 Consumo de alto riesgo

16 a 19 Consumo perjudicial

20 a 40 Probable dependencia

Versión español. De la Fuente J.R. Kershenovich D., 1992, El alcoholismo como problema médico, UNAM. Revista de la Facultad de Medicina 35, p.p. 2, 47, 51. Versión inglés: Babort T., De la Fuente J.R., 1989, The alcohol use disorder and identification Test WHO, Ginebra p.p. 1-24.



Gobierno Regional
CUSCO
Camínemnos juntos

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A MUJERES EN SITUACIÓN DE
VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA



SRQ

(Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos)

N° HC.:

Fecha :

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS S.R.Q.

Nombre y apellidos: Edad:

Sexo (M) (F) Grado de Instrucción.:

Dirección: Distrito:

Motivo de consulta:

- | | |
|--|-------|
| 1. ¿TIENE DOLORES FRECUENTES DE CABEZA? | SI NO |
| 2. ¿TIENE MAL APETITO? | SI NO |
| 3. ¿DUERME MAL? | SI NO |
| 4. ¿SE AÑUSTA CON FACILIDAD? | SI NO |
| 5. ¿SUFRE TEMBLOR EN LAS MANOS? | SI NO |
| 6. ¿SE SIENTE NERVIOSO O TENSO? | SI NO |
| 7. ¿SUFRE DE MALA DIGESTIÓN? | SI NO |
| 8. ¿ES INCAPAZ DE PENSAR CON CLARIDAD? | SI NO |
| 9. ¿SE SIENTE TRISTE? | SI NO |
| 10. ¿LLORA UD. CON MUCHA FRECUENCIA? | SI NO |
| 11. ¿TIENE DIFICULTAD EN DISFRUTAR DE SUS ACTIVIDADES DIARIAS? | SI NO |
| 12. ¿TIENE DIFICULTAD PARA TOMAR DECISIONES? | SI NO |
| 13. ¿TIENE DIFICULTAD EN HACER SU TRABAJO? ¿SU TRABAJO SE HA VISTO AFECTADO? | SI NO |
| 14. ¿ES INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL ÚTIL EN SU VIDA? | SI NO |
| 15. ¿HA PERDIDO INTERÉS EN LAS COSAS? | SI NO |
| 16. ¿SE SIENTE ABURRIDO? | SI NO |
| 17. ¿HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA? | SI NO |
| 18. ¿SE SIENTE CANSADO TODO EL TIEMPO? | SI NO |

TOTAL:

Las 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustias o ansiosos y otros. Nueve (9) o más respuestas positivas determinan que la persona tiene una alta probabilidad de sufrir trastorno mental, y por lo tanto se le considera un "caso" para ser atendido.

0526

11



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA



ASSIST

INTRODUCCIÓN:

Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia con bebidas alcohólicas, tabaco/cigarrillo y otras sustancias a lo largo de su vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras. (Muestre la Tarjeta de Respuestas)

Algunas de las sustancias incluidas pueden ser recetadas por un médico (ej. tranquilizantes, analgésicos, pastillas adelgazantes, etc). Para esta entrevista, no vamos a anotar medicinas que hayan sido consumidas tal como han sido prescritas por su médico. Sin embargo, si ha tomado algún medicamento por motivos distintos o los tomamás frecuentemente en dosis más altas a las prescritas, por favor dígamelo. Si bien me interesa conocer su consumo de diversas drogas, tenga la plena seguridad que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

1

A lo largo de su vida ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo para usos no medicos)	No	Si
a. Tabaco / cigarrillo	0	3
b. Bebidas alcohólicas	0	3
c. Marihuana	0	3
d. Cocaína, basuco, crack, paco	0	3
e. Anfetaminas o éxtasis	0	3
f. Inhalantes	0	3
g. Tranquilizantes	0	3
h. Alucinógenos	0	3
i. Heroína, morfina	0	3
j. Otras - especifique	0	3

Si todas las respuestas son negativas, compruebe:
"Tampoco en fiestas o cuando iba al colegio? Si contestó "No" a todos los ítems, termine la entrevista. Si contestó "si a algun ítem, siga la pregunta 2 para cada sustancia aue ha consumido.

2

En los ultimos tres meses, ¿con que frecuencia ha consumido las sustancias que menciona (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Cada mes	Cada Semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco / cigarrillo	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Marihuana	0	2	3	4	6
d. Cocaína, basuco, crack, paco	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas o éxtasis	0	2	3	4	6
f. Inhalantes	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Heroína, morfina	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique	0	2	3	4	6

Si respondió "Nunca" a todos los ítems, salte a la pregunta 6.
Si consumo alguna sustancia en los ultimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia que haya consumido

3

En los ultimos tres meses, ¿con que frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Cada mes	Cada Semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco / cigarrillo	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Marihuana	0	3	4	5	6
d. Cocaína, basuco, crack, paco	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas o éxtasis	0	3	4	5	6
f. Inhalantes	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Heroína, morfina	0	3	4	5	6
j. Otras - especifique	0	3	4	5	6

4

En los ultimos tres meses, ¿con que frecuencia el consumo le ha causado problemas de salud, social, legales, económicos?	Nunca	Una o dos veces	Cada mes	Cada Semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco / cigarrillo	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Marihuana	0	4	5	6	7
d. Cocaína, basuco, crack, paco	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas o éxtasis	0	4	5	6	7
f. Inhalantes	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Heroína, morfina	0	4	5	6	7
j. Otras - especifique	0	4	5	6	7



Gobierno Regional CUSCO
Caminemos juntos

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA



Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, mencionadas en la p 1).

5 En los últimos tres meses, ¿con que frecuencia ha dejado de hacer lo que se esperaba de usted por consumir (primera droga, segunda, etc.)?

	Nunca	Una o dos veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco / cigarrillo	0	4	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Marihuana	0	5	6	7	8
d. Cocaína, basuco, crack, paco	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas o éxtasis	0	5	6	7	8
f. Inhalantes	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Heroína, morfina	0	5	6	7	7
j. Otras - especifique	0	5	6	7	8

6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?

	No, nunca	Si, en los últimos tres meses	Si, en los últimos tres meses
a. Tabaco / cigarrillo	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína, basuco, crack, paco	0	6	3
e. Anfetaminas o éxtasis	0	6	3
f. Inhalantes	0	6	3
g. Tranquilizantes	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Heroína, morfina	0	6	3
j. Otras - especifique	0	6	3

7 ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (primera droga, segunda droga, etc.) y no lo ha logrado?

	No, nunca	Si, en los últimos tres meses	Si, en los últimos tres meses
a. Tabaco / cigarrillo	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína, basuco, crack, paco	0	6	3
e. Anfetaminas o éxtasis	0	6	3
f. Inhalantes	0	6	3
g. Tranquilizantes	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Heroína, morfina	0	6	3
j. Otras - especifique	0	6	3

8 ¿Ha consumido alguna vez una droga por via inyectada? (únicamente para usos no medicos)

	No, nunca	Si, en los últimos tres meses	Si, en los últimos tres meses
	0	2	1

Guía de preguntas para el tamizaje de violencia a mujeres en situación de violencia de pareja o expareja¹

El siguiente listado de preguntas se presenta con la finalidad de indagar si la mujer se encuentra en situación de violencia de pareja o expareja. Esta lista de chequeo se realiza, dejando a consideración su adaptación, de acuerdo a las circunstancias y lenguaje de las usuarias, así como también, el profesional de salud podrá considerar aquellas otras preguntas que estime convenientes. Se sugiere recordar a la entrevistada que la pareja está compuesta por dos personas que tienen diferentes gustos y costumbres por lo que es natural que existan desacuerdos en la vida cotidiana.

Preguntas para relacionar el motivo de consulta con un posible maltrato:

1. ¿Cómo se siente usted misma?
2. ¿Mantiene su apetito, sueño y deseos de realizar sus actividades como de costumbre?
3. ¿Toma algo (medicación u otro que le hayan recomendado) para sentirse mejor?

Para preguntar a las usuarias sobre sus relaciones de pareja o expareja

4. ¿Cómo se siente en las relaciones cotidianas con su pareja o expareja?
5. ¿Cuáles son los desacuerdos más frecuentes que se dan con su pareja o expareja?
6. ¿Cómo manejan estos desacuerdos? ¿Llegan a las discusiones?
7. Generalmente, ¿cómo terminan las discusiones con su pareja o expareja?
8. ¿Su pareja o expareja se enoja con facilidad o tiene arranques inesperados de cólera?

Para preguntar directamente a las usuarias sobre una posible violencia, el profesional de la salud realiza las siguientes preguntas:

Cuestionario				Puntaje
1	En general ¿Cómo describiría su relación de pareja?			
	Estresante (3 puntos)	Un poco estresante (2 p)	Nada estresante (1 p)	
2	Usted y su pareja resuelven las discusiones con:			
	Mucha dificultad (3p)	Algo de dificultad (2p)	Sin dificultad (1p)	
3	Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal con usted misma?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
4	Las discusiones ¿terminan en golpes, patadas o empujones?			
	Muchas veces (3pm)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
5	¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
6	Su pareja ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
7	Su pareja ¿la insulta, grita, humilla o descalifica verbalmente?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
8	¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
PUNTAJE TOTAL				

Interpretación:

	Punto mínimo	Puntaje máximo
Tamizaje positivo	≥15	24
Tamizaje negativo	8	15
Si una o más preguntas 4 y 7 son (+), incluso aunque total fuera < de 15 (asegurada la comprensión de las pregunta)	Caso de violencia confirmado – Tamizaje positivo.	

¹ Se utiliza para este apartado la versión adaptada del Woman Abuse Screening Tool (WAST) (Chile)¹, consta de 8 preguntas tipo Likert que interroga sobre a) el grado de estrés existente en la relación; b) dificultad para resolver discusiones y c) existencia de episodios violentos a nivel emocional, psicológico, físico o sexual y cuyas posibles respuestas se disponen en tres niveles que van de menor a mayor gravedad: la respuesta menos deseable es evaluada con 3 puntos, la intermedia con 2 puntos y la más deseable con 1 punto; así, el máximo valor del puntaje es de 24 puntos y el mínimo de 8. En: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/152316>, visitada el 11 de junio del 2020. Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud. (2018).

0523

14

FORMATO N°45

45

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL							
CONSULTA							
FECHA:		HORA:		EDAD:			
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:			
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:	
Deposiciones:							
Orina:							
EXAMEN FÍSICO	Tº:	PA :	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNÓSTICO				TRATAMIENTO:			
				Exámenes auxiliares:			
				Referencia (lugar y motivo):			
Próxima Cita:				Firma y Sello:			
Atendido por:				(colegio profesional)			
Observación:							
CONSULTA							
FECHA:		HORA:		EDAD:			
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:			
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:	
Deposiciones:							
Orina:							
EXAMEN FÍSICO	Tº:	PA :	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNÓSTICO				TRATAMIENTO:			
				Exámenes auxiliares:			
				Referencia (lugar y motivo):			
Próxima Cita:				Firma y Sello:			
Atendido por:				(colegio profesional)			
Observación:							
Apellidos y Nombre:						Nº H.C.	

0547

 		FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL							
CONSULTA		FECHA:		HORA:		EDAD:			
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:					
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:			
Orina:		Deposiciones:							
EXAMEN FÍSICO	Tº:	PA :	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:		
DIAGNÓSTICO		TRATAMIENTO:							
		Exámenes auxiliares:							
		Referencia (lugar y motivo):							
Próxima Cita:		Firma y Sello:						(colegio profesional)	
Atendido por:									
Observación:									
CONSULTA		FECHA:		HORA:		EDAD:			
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:					
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:			
Orina:		Deposiciones:							
EXAMEN FÍSICO	Tº:	PA :	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:		
DIAGNÓSTICO		TRATAMIENTO:							
		Exámenes auxiliares:							
		Referencia (lugar y motivo):							
Próxima Cita:		Firma y Sello:						(colegio profesional)	
Atendido por:									
Observación:									
Apellidos y Nombre:				Nº H.C.					

FORMATO N°46

46

DOCUMENTO TÉCNICO:
ORIENTACIONES PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Anexo 6: Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT-R, Versión peruana)

Por favor, responda las siguientes preguntas acerca de su niño o niña. Considere la forma en la que su niño o niña se comporta habitualmente. Si Ud. ha visto a su niño o niña realizar la conducta pocas veces, pero no es lo que él o ella habitualmente hace, entonces marque la respuesta "NO". Por favor, encierre en un círculo SI o NO en cada pregunta. Muchas gracias.

1	Si Ud. señala algo que está del otro lado de la habitación, ¿su hijo(a) mira hacia lo que acaba de señalar? (POR EJEMPLO: si Ud. señala un juguete o animal, ¿su hijo o hija mira al juguete o animal?)	SI	NO
2	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo(a) es sordo(a)?	SI	NO
3	¿Su hijo(a) realiza juegos de imaginación o imitación? (POR EJEMPLO: ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o a un peluche?)	SI	NO
4	¿A su hijo(a) le gusta treparse o subirse a las cosas? (POR EJEMPLO: juegos del parque como toboganes o 'subibajas', muebles o escaleras)	SI	NO
5	¿Su hijo(a) hace movimientos extraños con los dedos de las manos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO: ¿mueve o agita los dedos de la mano cerca de sus ojos de manera extraña?)	SI	NO
6	¿Su hijo(a) señala o indica con el dedo cuando quiere pedir algo o buscar ayuda? (POR EJEMPLO: señala algún alimento o juguete que está fuera de su alcance)	SI	NO
7	¿Su hijo(a) señala o indica con el dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	SI	NO
8	¿Su hijo(a) muestra interés por otros niños? (POR EJEMPLO: ¿mira a otros niños, les sonríe o se acerca a ellos?)	SI	NO
9	¿Su hijo(a) le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que Ud. las vea, no para pedir ayuda, sino solamente para compartirlas con Ud.? (POR EJEMPLO: ¿le muestra una flor, un peluche o un carrito?)	SI	NO
10	¿Su hijo(a) responde cuando Ud. lo llama por su nombre? (POR EJEMPLO: ¿su hijo(a) le mira, habla o balbucea o deja de hacer lo que está haciendo para mirarlo cuando Ud. lo llama por su nombre?)	SI	NO
11	¿Cuándo Ud. le sonríe a su hijo(a), él o ella también le sonríe?	SI	NO
12	¿A su hijo(a) le molestan mucho los ruidos comunes? (POR EJEMPLO: ¿su hijo(a) grita, llora o se desespera cuando escucha una aspiradora, una licuadora, una moto, la radio, música fuerte u otro ruido común?)	SI	NO
13	¿Su hijo(a) camina solo o sola, sin apoyo?	SI	NO
14	¿Su hijo(a) le mira a los ojos cuando Ud. le habla, juega con él o ella o le viste?	SI	NO
15	¿Su hijo(a) imita lo que Ud. hace? (POR EJEMPLO: decir chau con la mano, aplaudir o repetir un ruido gracioso cuando Ud. lo hace)	SI	NO
16	Si Ud. volteo a mirar algo, ¿su hijo(a) también volteo para ver lo que Ud. está mirando?	SI	NO
17	¿Su hijo(a) intenta hacer que Ud. le mire y le preste atención? (POR EJEMPLO: su hijo(a) le llama o le pide que le mire, buscando su aprobación)	SI	NO
18	¿Su hijo(a) le entiende cuando Ud. le pide que haga algo sin hacerle algún gesto? (POR EJEMPLO: su hijo(a) entiende, sin que Ud. señale, cuando le dice "pon el libro encima de la silla" o "trae la mantita")	SI	NO
19	Si algo le llama la atención a su hijo(a), ¿él o ella le mira a Ud. para ver su reacción? (POR EJEMPLO: si escucha un ruido extraño o gracioso o si ve un juguete nuevo, ¿le mira a Ud.?)	SI	NO
20	¿Le gustan a su hijo(a) los juegos con movimientos? (POR EJEMPLO: le gusta que lo columpien o jugar al "caballito" sobre sus rodillas)	SI	NO



FORMATO N°47

47



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO
Trabaja por la
Integridad

**RESULTADO DE LABORATORIO
HEMOGRAMA COMPLETO**



ESTABLECIMIENTO _____

NOMBRE: _____

- Recuento de Leucocitos _____
- Recuento de Hematíes _____
- Hematocrito _____
- Hemoglobina _____
- Vel. de Sedimentación 1ra hora _____
- 2da hora _____
- Perfil de coagulación TC _____ TS _____ TP _____
- Recuento de Plaquetas _____
- Grupo Sanguíneo _____
- Factor RH _____
- Prueba Rápida Sífilis _____
- Prueba rápida VIH _____

- Neutrófilos _____ %
- Abastionados _____ %
- Segmentados _____ %
- Eosinófilos _____ %
- Basófilos _____ %
- Monocitos _____ %
- Linfocitos _____ %
- TOTAL _____ %

BIOQUÍMICA

VALORES NORMALES

ACIDO ÚRICO _____	2.6-6 mg/dl.
BILIRRUBINA DIRECTA _____	Hasta 0.2mg./dl.
BILIRRUBINA TOTAL _____	Hasta 1mg./dl.
COLESTEROL TOTAL _____	170-200 mg/dl.
COLESTEROL LD _____	<129 mg/dl.
COLESTEROL HDL _____	40-60 mg/dl.
CREATININA _____	0.8 1.4 mg/dl.
FOSFATASA ALCALINA _____	68-240 U/l.
GLUCOSA _____	70-110 mg/dl.
PROTEÍNAS TOTALES _____	6.1-7.9 g/l.
TRANSAMINASAS GOT _____	4-20U/L.
TRANSAMINASAS GPT _____	2-18 U/l.
TRIGLICERIDOS _____	< 1.5 g/l.
UREA _____	20-49 mg/dl.
OTROS _____	

EXAMEN COMPLETO DE ORINA

EXAMEN FÍSICO BIOQUÍMICO

SEDIMENTO

- VOLUMEN _____	- LEUCOCITOS _____
- ASPECTO _____	- PIOCITOS _____
- COLOR _____	- HEMATIES _____
- REACCIÓN PH. _____	- BACTERIAS _____
- DENSIDAD _____	- CEL. EPITELIALES _____
- UROBILINOGENO _____	- CILINDROS _____
- ACIDO ASCORBICO _____	- CRISTALES _____
- NITRITOS _____	- URATOS AMORFOS _____
- PROTEINAS _____	- OTROS _____
- GLUCOSA _____	
- SANGRE _____	
- BILIRRUBINA _____	
- PROTEINURÍA CUALITATIVA _____	
- OTROS _____	

054

EXAMEN PARASITOLOGICO

ANÁLISIS _____

MUESTRA _____

Examen Macroscópico: _____

1ra Muestra _____

2da Muestra _____

3ra Muestra _____

RESULTADO DE SECRECIÓN VAGINAL

Muestra _____

Examen Directo:

Reacción Amina _____

pH _____

Examen microscópico:

Leucocitos _____

Hemáties _____

Células _____

GRAM

LPMN _____

Flora Doderlein _____

Bacilos Gram (-) _____

Bacilos Gram Variable _____

Otros _____

RESULTADO GENERAL

ANÁLISIS _____

MUESTRA _____

FECHA: _____

FIRMA

FORMATO N°48



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

SERVICIO DE LABORATORIO

48



ESTABLECIMIENTO : _____

NOMBRE: _____

RESULTADO GENERAL

ANÁLISIS : _____

MUESTRA : _____

FECHA: ____/____/____

FIRMA _____ 0550

FORMATO N°49



Ministerio de Salud
Es que atendemos Personas

SERVICIO DE LABORATORIO

RESULTADO DE ORINA

49



ESTABLECIMIENTO : _____

NOMBRE : _____

MUESTRA X X : X X X X

	EXAMEN FÍSICO - QUÍMICO	SEDIMENTO
- Volumen	_____	- Leucocitos _____
- Aspecto	_____	- Píocitos _____
- Color	_____	- Hematíes _____
- Reacción pH.	_____	- Bacterias _____
- Densidad	_____	- Cel. Epiteliales _____
- Urobilinogeno	_____	- Cilindros _____
- Acido Ascórbico	_____	- Cristales _____
- Nitritos	_____	- Uratos Amorfos _____
- Proteínas	_____	- Otros _____
- Glucosa	_____	
- Sangre	_____	
- Bilirrubina	_____	
- Proteinuria <i>cuantitativa</i>	_____	
- Otros	_____	

FECHA: ____/____/____

FIRMA _____ 0551

FORMATO N°50

GOBIERNO REGIONAL CUSCO **SERVICIO DE LABORATORIO** **RED CUSCO NORTE**

Establecimiento: _____
 Nombre : _____
 Fecha : _____

RESULTADO DE MOCO FECAL

Muestra: _____
 Examen Macroscópico: _____

 Examen Directo: _____
 pH : _____ Otros: _____
 Glucosa : _____
 Thevenon : _____
 Examen Microscópico:
 Leucocitos : _____
 Hematíes : _____
 Parásitos : _____

 Reacción Inflamatoria:
 LPMN: _____
 LMN : _____

FECHA: ___/___/___ FIRMA _____

FORMATO N°51

GOBIERNO REGIONAL CUSCO **SOLICITUD LABORATORIO** **RED CUSCO NORTE**

ESTABLECIMIENTO
PACIENTE:.....
 H.C.L. DNI: FECHA NACIM
 EDAD GESTACIONAL F. PROBABLE PARTO.....
 CARACTER DE INDICACION: Mañana () Hoy () Urgente ()

HEMATOLOGIA
 Hematograma Completo
 Hematocrito
 Hemoglobina
 Velocidad de Sedimentación
 Recuento de Plaquetas
 Tiempo de Coagulación
 Tiempo de Sangría
 Tiempo de Protombina

BIOQUIMICA
 Acido Urico
 Bilirrubina T y F
 Colesterol
 Colesterol HDL
 Colesterol LDL
 Creatinina
 Fosfatasa Alcalina
 Glucosa
 Tolerancia a Glucosa
 Hemoglobina Glicosilada
 Transaminasas GOT
 Transaminasas GPT
 Glucosidos
 Otros

ORINA
 Examen Completo de Orina
 Prueba de Embarazo en Orina
 Prueba de Embarazo en sangre
 Proteinuria cualitativa
 Pigmentos biliares

INMUNOLOGIA
 Aglutinaciones
 ASO
 Factor Reumatoideo
 Grupo Sanguineo y RH
 Hepatitis B o Antigeno de superficie
 Proteína C Reactiva Latex
 Reacciones Serológicas VDRL/ RPR
 Prueba Rápida RPR
 Prueba Rápida VIH
 OTROS

MICROBIOLOGIA
 Exam. Directo de Trichomonas
 Exam. Directo de hongos KOH
 Exam. Directo de Secreciones
 Coloración GRAM
 Test hehecho
 Otros

PARASITOLOGIA
 Parasitología Simple
 Parasitología Seriado
 Parasitología CONCENTRADO
 Oxiuros Test GRAHAM
 Thevenon
 Benedict
 Moco fecal
 Investigación de Fasciola

ESTRATEGIAS
 Bateria de Gestante I
 Bateria de Gestante II

Otros:
 Indicación de Dr(a):
 Fecha:

FORMATO N°52

ESTRATEGIA SANITARIA DE ENFERMEDADES METAXENICAS 52

SOLICITUD PARA INVESTIGACION DE DIAGNOSTICA DE BARTONELOSIS

Ministerio de Salud Personas que atendemos personas

Región / Sub Región de Salud: _____ Red: _____

Establecimiento de Salud Solicitante: _____

N° de Examen: _____ Fecha de Solicitud: _____

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: (F) (M) Ocupación: _____ Procedencia: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Localidad: _____ o Caserío: _____ Especificar: _____

Signos y Síntomas Principales: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Para Gota Gruesa y Frotis: Cultivo:

Diagnóstico: 1er. 2do. Control: 1er. 2do. 3ero

TIPO DE MUESTRA:
Sangre: _____ Suero: _____ Verrucoma: _____ Especificar: _____

Fecha de Obtención de la Muestra: _____

Firma del Solicitante 0554

N° de Registro: _____ Fecha de Recepción: _____

RESULTADO:

Gota Gruesa y Frotis: Positivo Cultivo: Positivo

Negativo Negativo

Observaciones: _____

Lugar y Fecha: _____

Nombres y Apellidos del Responsable del Diagnóstico de Laboratorio: _____

FORMATO N°53

EE.SS. **Sistema Integrado de Salud** **Sismed SIS**

RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

Nombres y Apellidos: _____

D.N.I.: _____

CÓDIGO ASEGURADO SIS: _____ H.C.: _____

USUARIO:	ATENCIÓN:	ESPECIALIDAD MÉDICA:
Demanda <input type="checkbox"/>	Consulta Externa <input type="checkbox"/>	Medicina <input type="checkbox"/>
SIS <input type="checkbox"/>	Emergencia <input type="checkbox"/>	Pediatría <input type="checkbox"/>
Intervención sanitaria <input type="checkbox"/>	Odontología <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>		

Diagnóstico (Presuntivo/Definitivo): _____
(CIE-10): _____

Rp.

SELLO Y FIRMA PROFESIONAL _____ FECHA DE ATENCIÓN _____
VÁLIDO HASTA: _____

EE.SS. **Sistema Integrado de Salud** **Sismed SIS**

RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

Nombres y Apellidos: _____

INDICACIONES

SELLO Y FIRMA PROFESIONAL _____ FECHA DE ATENCIÓN _____
VÁLIDO HASTA: _____

Importante

Para determinar que los postores cuentan con las capacidades necesarias para ejecutar el contrato, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, incorpora los requisitos de calificación previstos por el área usuaria en el requerimiento, no pudiendo incluirse requisitos adicionales, ni distintos a los siguientes:

3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/. 588,104.00 (Quinientos Ochenta y Ocho mil Ciento Cuatro con 00/100 soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/. 73,513.00 (Setenta y tres mil Quinientos Trece con 00/100 soles), por la venta de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: Servicio de Impresión de Formatería en General, libros, folletos, revistas.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago¹, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en</p>



¹ Cabe precisar que, de acuerdo con la Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado:

"... el solo sello de cancelado en el comprobante, cuando ha sido colocado por el propio postor, no puede ser considerado como una acreditación que produzca fehaciencia en relación a que se encuentra cancelado. Admitir ello equivaldría a considerar como válida la sola declaración del postor afirmando que el comprobante de pago ha sido cancelado"

(...)
"Situación diferente se suscita ante el sello colocado por el cliente del postor [sea utilizando el término "cancelado" o "pagado"] supuesto en el cual sí se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia".

caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.

Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el **Anexo N° 9**.

Cuando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el **Anexo N° 8** referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad

Importante

- *Al calificar la experiencia del postor, se debe valorar de manera integral los documentos presentados por el postor para acreditar dicha experiencia. En tal sentido, aun cuando en los documentos presentados la denominación del objeto contractual no coincida literalmente con el previsto en las bases, se deberá validar la experiencia si las actividades que ejecutó el postor corresponden a la experiencia requerida.*
- *En el caso de consorcios, solo se considera la experiencia de aquellos integrantes que se hayan comprometido, según la promesa de consorcio, a ejecutar el objeto materia de la convocatoria, conforme a la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado".*

Importante

- *Si como resultado de una consulta u observación corresponde precisarse o ajustarse el requerimiento, se solicita la autorización del área usuaria y se pone de conocimiento de tal hecho a la dependencia que aprobó el expediente de contratación, de conformidad con el numeral 72.3 del artículo 72 del Reglamento.*
- *El cumplimiento de los Términos de Referencia se realiza mediante la presentación de una declaración jurada. De ser el caso, adicionalmente la Entidad puede solicitar documentación que acredite el cumplimiento del algún componente de estos. Para dicho efecto, consignará de manera detallada los documentos que deben presentar los postores en el literal e) del numeral 2.2.1.1 de esta sección de las bases.*
- *Los requisitos de calificación determinan si los postores cuentan con las capacidades necesarias para ejecutar el contrato, lo que debe ser acreditado documentalmente, y no mediante declaración jurada.*



Lic. Patricia Cusi Callapina
P.E. DE MANEJO DE SERVICIOS DE SALUD
C.E. 20230516

**CAPÍTULO IV
FACTORES DE EVALUACIÓN**

La evaluación se realiza sobre la base de cien (100) puntos.

Para determinar la oferta con el mejor puntaje y el orden de prelación de las ofertas, se considera lo siguiente:

FACTOR DE EVALUACIÓN	PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN
A. PRECIO	
<p><u>Evaluación:</u></p> <p>Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta (Anexo N° 6).</p>	<p>La evaluación consistirá en otorgar el máximo puntaje a la oferta de precio más bajo y otorgar a las demás ofertas puntajes inversamente proporcionales a sus respectivos precios, según la siguiente fórmula:</p> $P_i = \frac{O_m \times PMP}{O_i}$ <p>i= Oferta P_i= Puntaje de la oferta a evaluar O_i=Precio i O_m= Precio de la oferta más baja PMP=Puntaje máximo del precio</p> <p style="text-align: right;">100 puntos</p>
PUNTAJE TOTAL	100 puntos¹³

Importante

Los factores de evaluación elaborados por el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, son objetivos y guardan vinculación, razonabilidad y proporcionalidad con el objeto de la contratación. Asimismo, estos no pueden calificar con puntaje el cumplimiento de los Términos de Referencia ni los requisitos de calificación.

¹³ Es la suma de los puntajes de todos los factores de evaluación.

CAPÍTULO V PROFORMA DEL CONTRATO

Importante

Dependiendo del objeto del contrato, de resultar indispensable, puede incluirse cláusulas adicionales o la adecuación de las propuestas en el presente documento, las que en ningún caso pueden contemplar disposiciones contrarias a la normativa vigente ni a lo señalado en este capítulo.

Conste por el presente documento, la contratación del servicio de Impresión de Diferentes Formatos de Historia Clínica para Brindar Atención en IPRESS , que celebra de una parte la Red de Servicios de Salud Cusco Norte en adelante LA ENTIDAD, con RUC N° 20490215850, con domicilio legal en el Jirón 21 de mayo S/N (Belenpampa) Distrito de Santiago – Cusco, representada por [...], identificado con DNI N° [...], y de otra parte [...], con RUC N° [...], con domicilio legal en [...], inscrita en la Ficha N° [...] Asiento N° [...] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [...], debidamente representado por su Representante Legal, [...], con DNI N° [...], según poder inscrito en la Ficha N° [...], Asiento N° [...] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [...], a quien en adelante se le denominará EL CONTRATISTA en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

Con fecha [...], el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, adjudicó la buena pro de la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°009-2023-RSSCN-CUSCO** para la contratación de **IMPRESIÓN DE DIFERENTES FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA PARA BRINDAR ATENCIÓN EN IPRESS DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE** a [INDICAR NOMBRE DEL GANADOR DE LA BUENA PRO], cuyos detalles e importe constan en los documentos integrantes del presente contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

El presente contrato tiene por objeto la contratación de Servicio de **IMPRESIÓN DE DIFERENTES FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA PARA BRINDAR ATENCIÓN EN IPRESS DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE**.

CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL

El monto total del presente contrato asciende a [CONSIGNAR MONEDA Y MONTO], que incluye todos los impuestos de Ley.

Este monto comprende el costo del servicio, todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre la ejecución del servicio materia del presente contrato.

CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO¹⁴

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en soles , en Pago Único , luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Para tal efecto, el responsable de otorgar la conformidad de la prestación deberá hacerlo en un plazo que no excederá de los siete (7) días de producida la recepción, salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad de dicho funcionario.

¹⁴ En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

LA ENTIDAD debe efectuar el pago dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

En caso de retraso en el pago por parte de LA ENTIDAD, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, EL CONTRATISTA tendrá derecho al pago de intereses legales conforme a lo establecido en el artículo 39 de la Ley de Contrataciones del Estado y en el artículo 171 de su Reglamento, los que se computan desde la oportunidad en que el pago debió efectuarse.

CLÁUSULA QUINTA: DEL PLAZO DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

El plazo de ejecución del presente contrato es de [.....], el mismo que se computa desde el día siguiente del perfeccionamiento del contrato.

CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO

El presente contrato está conformado por las bases integradas, la oferta ganadora, así como los documentos derivados del procedimiento de selección que establezcan obligaciones para las partes.

CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS

EL CONTRATISTA entregó al perfeccionamiento del contrato la respectiva garantía incondicional, solidaria, irrevocable, y de realización automática en el país al solo requerimiento, a favor de LA ENTIDAD, por los conceptos, montos y vigencias siguientes:

- De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE]. Monto que es equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original, la misma que debe mantenerse vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación.

Importante

Al amparo de lo dispuesto en el numeral 149.4 del artículo 149 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, en el caso de contratos periódicos de prestación de servicios en general, si el postor ganador de la buena pro solicita la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato original como garantía de fiel cumplimiento de contrato, debe consignarse lo siguiente:

“De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la retención que debe efectuar LA ENTIDAD, durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo.”

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

- Garantía fiel cumplimiento por prestaciones accesorias: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE], la misma que debe mantenerse vigente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

Importante

Al amparo de lo dispuesto en el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, si el postor ganador de la buena pro solicita la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato de la prestación accesorias como garantía de fiel cumplimiento de prestaciones accesorias, debe consignarse lo siguiente:

“De fiel cumplimiento por prestaciones accesorias: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la retención que debe efectuar LA ENTIDAD, durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo.”

Importante

De conformidad con el artículo 152 del Reglamento, no se constituirá garantía de fiel cumplimiento del contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, en contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00). Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no supere el monto señalado anteriormente.

CLÁUSULA OCTAVA: EJECUCIÓN DE GARANTÍAS POR FALTA DE RENOVACIÓN

LA ENTIDAD puede solicitar la ejecución de las garantías cuando EL CONTRATISTA no las hubiere renovado antes de la fecha de su vencimiento, conforme a lo dispuesto en el literal a) del numeral 155.1 del artículo 155 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA: CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La conformidad de la prestación del servicio se regula por lo dispuesto en el artículo 168 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. La conformidad será otorgada por [CONSIGNAR EL ÁREA O UNIDAD ORGÁNICA QUE OTORGARÁ LA CONFORMIDAD] en el plazo máximo de [CONSIGNAR SIETE (7) DÍAS O MÁXIMO QUINCE (15) DÍAS, EN CASO SE REQUIERA EFECTUAR PRUEBAS QUE PERMITAN VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN] días de producida la recepción.

De existir observaciones, LA ENTIDAD las comunica al CONTRATISTA, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar no menor de dos (2) ni mayor de ocho (8) días. Dependiendo de la complejidad o sofisticación de las subsanaciones a realizar el plazo para subsanar no puede ser menor de cinco (5) ni mayor de quince (15) días. Si pese al plazo otorgado, EL CONTRATISTA no cumpliera a cabalidad con la subsanación, LA ENTIDAD puede otorgar al CONTRATISTA periodos adicionales para las correcciones pertinentes. En este supuesto corresponde aplicar la penalidad por mora desde el vencimiento del plazo para subsanar.

Este procedimiento no resulta aplicable cuando los servicios manifiestamente no cumplan con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso LA ENTIDAD no otorga la conformidad, debiendo considerarse como no ejecutada la prestación, aplicándose la penalidad que corresponda por cada día de atraso.

CLÁUSULA UNDÉCIMA: DECLARACIÓN JURADA DEL CONTRATISTA

EL CONTRATISTA declara bajo juramento que se compromete a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento.

CLÁUSULA DUODÉCIMA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

La conformidad del servicio por parte de LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 40 de la Ley de Contrataciones del Estado y 173 de su Reglamento.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de [CONSIGNAR TIEMPO EN AÑOS, NO MENOR DE UN (1) AÑO] año(s) contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: 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.

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme el numeral 162.5 del artículo 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Importante

De haberse previsto establecer penalidades distintas a la penalidad por mora, incluir dichas penalidades, los supuestos de aplicación de penalidad, la forma de cálculo de la penalidad para cada supuesto y el procedimiento mediante el cual se verifica el supuesto a penalizar, conforme el artículo 163 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Estas penalidades se deducen de los pagos a cuenta o del pago final, según corresponda; o si fuera necesario, se cobra del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento.

Estos dos (2) tipos de penalidades pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad por mora o el monto máximo para otras penalidades, de ser el caso, LA ENTIDAD puede resolver el contrato por incumplimiento.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato, de conformidad con el numeral 32.3 del artículo 32 y artículo 36 de la Ley de Contrataciones del Estado, y el artículo 164 de su Reglamento. De darse el caso, LA ENTIDAD procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 165 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES

Cuando se resuelva el contrato por causas imputables a algunas de las partes, se debe resarcir los daños y perjuicios ocasionados, a través de la indemnización correspondiente. Ello no obsta la aplicación de las sanciones administrativas, penales y pecuniarias a que dicho incumplimiento diere lugar, en el caso que éstas correspondan.

Lo señalado precedentemente no exime a ninguna de las partes del cumplimiento de las demás obligaciones previstas en el presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: ANTICORRUPCIÓN

EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, el CONTRATISTA se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Además, EL CONTRATISTA se compromete a i) comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

Finalmente, EL CONTRATISTA se compromete a no colocar a los funcionarios públicos con los que deba interactuar, en situaciones reñidas con la ética. En tal sentido, reconoce y acepta la prohibición de ofrecerles a éstos cualquier tipo de obsequio, donación, beneficio y/o gratificación, ya sea de bienes o servicios, cualquiera sea la finalidad con la que se lo haga.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: MARCO LEGAL DEL CONTRATO

Sólo en lo no previsto en este contrato, en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, en las directivas que emita el OSCE y demás normativa especial que resulte aplicable, serán de aplicación supletoria las disposiciones pertinentes del Código Civil vigente, cuando corresponda, y demás normas de derecho privado.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS¹⁵

Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante conciliación o arbitraje, según el acuerdo de las partes.

Cualquiera de las partes tiene derecho a iniciar el arbitraje a fin de resolver dichas controversias dentro del plazo de caducidad previsto en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento.

El arbitraje será institucional y resuelto por **ÁRBITRO ÚNICO. LA ENTIDAD** propone las siguientes instituciones arbitrales:

- **CAMARA DE COMERCIO DE CUSCO.**
- **CENTRO DE ARBITRAJE AZ**

Facultativamente, cualquiera de las partes tiene el derecho a solicitar una conciliación dentro del plazo de caducidad correspondiente, según lo señalado en el artículo 224 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, 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.

El Laudo arbitral emitido es inapelable, definitivo y obligatorio para las partes desde el momento de su notificación, según lo previsto en el numeral 45.21 del artículo 45 de la Ley de Contrataciones del Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: FACULTAD DE ELEVAR A ESCRITURA PÚBLICA

Cualquiera de las partes puede elevar el presente contrato a Escritura Pública corriendo con todos los gastos que demande esta formalidad.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: DOMICILIO PARA EFECTOS DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Las partes declaran el siguiente domicilio para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente contrato:

DOMICILIO DE LA ENTIDAD: [.....]

DOMICILIO DEL CONTRATISTA: [CONSIGNAR EL DOMICILIO SEÑALADO POR EL POSTOR GANADOR DE LA BUENA PRO AL PRESENTAR LOS REQUISITOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO]

La variación del domicilio aquí declarado de alguna de las partes debe ser comunicada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario.

¹⁵ De acuerdo con el numeral 225.3 del artículo 225 del Reglamento, las partes pueden recurrir al arbitraje ad hoc cuando las controversias deriven de procedimientos de selección cuyo valor estimado sea menor o igual a cinco millones con 00/100 soles (S/ 5 000 000,00).

De acuerdo con las bases integradas, la oferta y las disposiciones del presente contrato, las partes lo firman por duplicado en señal de conformidad en la ciudad de [.....] al [CONSIGNAR FECHA].

"LA ENTIDAD"

"EL CONTRATISTA"

Importante

Este documento puede firmarse digitalmente si ambas partes cuentan con firma digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales¹⁶.

¹⁶ Para mayor información sobre la normativa de firmas y certificados digitales ingresar a: <https://www.indecopi.gob.pe/web/firmas-digitales/firmar-y-certificados-digitales>

ANEXOS

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSSCN-CUSCO

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
MYPE ¹⁷	Sí	No	
Correo electrónico :			

Autorización de notificación por correo electrónico:

Autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios¹⁸

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal, según corresponda

Importante

La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.

¹⁷ Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el postor ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, en los contratos periódicos de prestación de servicios, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

¹⁸ Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

Importante

Cuando se trate de consorcios, la declaración jurada es la siguiente:

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores
COMITÉ DE SELECCIÓN
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSSCN-CUSCO
 Presente.-

El que se suscribe, [...], representante común del consorcio [CONSIGNAR EL NOMBRE DEL CONSORCIO], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Datos del consorciado 1					
Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE ¹⁹		Sí		No	
Correo electrónico :					

Datos del consorciado 2					
Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE ²⁰		Sí		No	
Correo electrónico :					

Datos del consorciado ...					
Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE ²¹		Sí		No	
Correo electrónico :					

Autorización de notificación por correo electrónico:

Correo electrónico del consorcio:

¹⁹ En los contratos periódicos de prestación de servicios, esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el consorcio ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento. Para dichos efectos, todos los integrantes del consorcio deben acreditar la condición de micro o pequeña empresa.

²⁰ Ibidem.

²¹ Ibidem.

Autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios²²

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del representante
común del consorcio**

Importante

La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.

²² Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

ANEXO N° 2

DECLARACIÓN JURADA (ART. 52 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSSCN-CUSCO**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro bajo juramento:

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- iii. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- iv. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo N° 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- v. Conocer, aceptar y someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento de selección.
- vi. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- vii. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal, según corresponda**

Importante

En el caso de consorcios, cada integrante debe presentar esta declaración jurada, salvo que sea presentada por el representante común del consorcio.

ANEXO N° 3

DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSSCN-CUSCO

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que luego de haber examinado las bases y demás documentos del procedimiento de la referencia y, conociendo todos los alcances y las condiciones detalladas en dichos documentos, el postor que suscribe ofrece el servicio de **IMPRESIÓN DE DIFERENTES FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA PARA BRINDAR ATENCIÓN EN IPRESS DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE** de conformidad con los Términos de Referencia que se indican en el numeral 3.1 del Capítulo III de la sección específica de las bases y los documentos del procedimiento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda**

Importante

Adicionalmente, puede requerirse la presentación de documentación que acredite el cumplimiento de los términos de referencia, conforme a lo indicado en el acápite relacionado al contenido de las ofertas de la presente sección de las bases.

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSSCN-CUSCO

Presente. -

Mediante el presente, con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen en las bases del procedimiento de la referencia, me comprometo a prestar el servicio objeto del presente procedimiento de selección en el plazo de [CONSIGNAR EL PLAZO OFERTADO].

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda**

ANEXO N° 5

PROMESA DE CONSORCIO

(Sólo para el caso en que un consorcio se presente como postor)

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSSCN-CUSCO

Presente.-

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure el procedimiento de selección, para presentar una oferta conjunta a la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSSCN-CUSCO**.

Asimismo, en caso de obtener la buena pro, nos comprometemos a formalizar el contrato de consorcio, de conformidad con lo establecido por el artículo 140 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, bajo las siguientes condiciones:

a) Integrantes del consorcio

1. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1].
2. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2].

b) Designamos a [CONSIGNAR NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE COMÚN], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], como representante común del consorcio para efectos de participar en todos los actos referidos al procedimiento de selección, suscripción y ejecución del contrato correspondiente con [CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD].

Asimismo, declaramos que el representante común del consorcio no se encuentra impedido, inhabilitado ni suspendido para contratar con el Estado.

c) Fijamos nuestro domicilio legal común en [.....].

d) Las obligaciones que corresponden a cada uno de los integrantes del consorcio son las siguientes:

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [%]²³

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [%]²⁴

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

²³ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

²⁴ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

TOTAL OBLIGACIONES

100%²⁵

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Consoiciado 1
Nombres, apellidos y firma del Consoiciado 1
o de su Representante Legal
Tipo y N° de Documento de Identidad

.....
Consoiciado 2
Nombres, apellidos y firma del Consoiciado 2
o de su Representante Legal
Tipo y N° de Documento de Identidad

Importante

De conformidad con el artículo 52 del Reglamento, las firmas de los integrantes del consorcio deben ser legalizadas.

²⁵ Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores
COMITÉ DE SELECCIÓN
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSSCN-CUSCO

Presente. -

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, de acuerdo con las bases, mi oferta es la siguiente:

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
TOTAL	

El precio de la oferta [CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA] incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal o común, según corresponda

Importante

- *El postor debe consignar el precio total de la oferta, sin perjuicio que, de resultar favorecido con la buena pro, presente el detalle de precios unitarios para el perfeccionamiento del contrato.*
- *En caso que el postor reduzca su oferta, según lo previsto en el artículo 68 del Reglamento, debe presentar nuevamente este Anexo.*
- *El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:
Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL TRIBUTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]".*

Importante para la Entidad

- *En caso de procedimientos según relación de ítems, consignar lo siguiente:
"El postor puede presentar el precio de su oferta en un solo documento o documentos independientes, en los ítems que se presente".*
- *En caso de contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias, consignar lo siguiente:
"El postor debe detallar en el precio de su oferta, el monto correspondiente a la prestación principal y las prestaciones accesorias".*

Incluir o eliminar, según corresponda

ANEXO N° 8

EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores
COMITÉ DE SELECCIÓN
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSSCN-CUSCO
 Presente.-

Mediante el presente, el suscrito detalla la siguiente EXPERIENCIA EN LA ESPECIALIDAD:

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	N° CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP ²⁶	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ²⁷	EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁸ DE:	MONEDA	IMPORTE ²⁹	TIPO DE CAMBIO VENTA ³⁰	MONTO FACTURADO ACUMULADO ³¹
1										
2										

²⁶ Se refiere a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

²⁷ Únicamente, cuando la fecha del perfeccionamiento del contrato, sea previa a los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, caso en el cual el postor debe acreditar que la conformidad se emitió dentro de dicho periodo.

²⁸ Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente. Al respecto, según la Opinión N° 216-2017/DTN "Considerando que la sociedad matriz y la sucursal constituyen la misma persona jurídica, la sucursal puede acreditar como suya la experiencia de su matriz". Del mismo modo, según lo previsto en la Opinión N° 010-2013/DTN, "... en una operación de reorganización societaria que comprende tanto una fusión como una escisión, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad incorporada o absorbida, que se extingue producto de la fusión; asimismo, si en virtud de la escisión se transfiere un bloque patrimonial consistente en una línea de negocio completa, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad escindida, correspondiente a la línea de negocio transmitida. De esta manera, la sociedad resultante podrá emplear la experiencia transmitida, como consecuencia de la reorganización societaria antes descrita, en los futuros procesos de selección en los que participe".

²⁹ Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

³⁰ El tipo de cambio venta debe corresponder al publicado por la SBS correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

³¹ Consignar en la moneda establecida en las bases.

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP ²⁶	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ²⁷	EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁸ DE:	MONEDA	IMPORTE ²⁹	TIPO DE CAMBIO VENTA ³⁰	MONTO FACTURADO ACUMULADO ³¹
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
...										
20										
TOTAL										

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal o común, según corresponda

ANEXO N° 9

DECLARACIÓN JURADA (NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSSCN-CUSCO

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro que la experiencia que acredito de la empresa [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA] como consecuencia de una reorganización societaria, no se encuentra en el supuesto establecido en el numeral 49.4 del artículo 49 del Reglamento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal, según corresponda**

Importante

A efectos de cautelar la veracidad de esta declaración, el postor puede verificar la información de la Relación de Proveedores Sancionados por el Tribunal de Contrataciones del Estado con Sanción Vigente en <http://portal.osce.gob.pe/rnp/content/relación-de-proveedores-sancionados>. También le asiste dicha facultad al órgano encargado de las contrataciones o al órgano de la Entidad al que se le haya asignado la función de verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro.

ANEXO N° 11

SOLICITUD DE BONIFICACIÓN DEL CINCO POR CIENTO (5%) POR TENER LA CONDICIÓN DE MICRO Y PEQUEÑA EMPRESA

Señores
COMITÉ DE SELECCIÓN
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSSCN-CUSCO

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], solicito la asignación de la bonificación del cinco por ciento (5%) sobre el puntaje total obtenido, debido a que mi representada cuenta con la condición de micro y pequeña empresa.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda**

Importante

- *Para asignar la bonificación, el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda, verifica la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/>.*
- *Para que un consorcio pueda acceder a la bonificación, cada uno de sus integrantes debe cumplir con la condición de micro y pequeña empresa.*

ANEXO N° 12

AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN DE LA ENTIDAD SOBRE LA SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DE PLAZO MEDIANTE MEDIOS ELECTRÓNICOS DE COMUNICACIÓN

(DOCUMENTO A PRESENTAR EN EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 009-2023-RSSCN-CUSCO

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor adjudicado y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], autorizo que durante la ejecución del contrato se me notifique al correo electrónico [INDICAR EL CORREO ELECTRÓNICO] lo siguiente:

- ✓ Notificación de la decisión de la Entidad respecto a la solicitud de ampliación de plazo.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda**

Importante

La notificación de la decisión de la Entidad respecto a la solicitud de ampliación de plazo se efectúa por medios electrónicos de comunicación, siempre que se cuente con la autorización correspondiente y sea posible obtener un acuse de recibo a través del mecanismo utilizado.