

# **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	<b>Importante</b> • 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	<b>Advertencia</b> • 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	<b>Importante para la Entidad</b> • 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 sombreado.
- 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

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

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1**

**CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE IMPRESIONES EN  
GENERAL PARA LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE  
TUMBES**

## 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](http://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 Digitales<sup>1</sup>). 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.

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.*

<sup>1</sup> 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>

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 RNP<sup>2</sup>. 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 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.

<sup>2</sup> La constancia de inscripción electrónica se visualizará en el portal web del Registro Nacional de Proveedores: [www.rnp.gob.pe](http://www.rnp.gob.pe)

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: : DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE TUMBES  
RUC N°: : 20171001065  
Domicilio legal: : Av. Fernando Belaúnde Terry Mz. X – Lt. 1-10 – Urb. José Lishner Tudela.  
Teléfono: : 072-523989  
Correo electrónico: : [logistica@diresatumbes.gob.pe](mailto:logistica@diresatumbes.gob.pe)

### 1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación del servicio de **SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL PARA LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE TUMBES.**

ITEM	DESCRIPCION	CANT.	U.M
1	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	1	SERVICIO

### 1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante **MEMORANDO N°2519-2024-GOB.REG.TUMBES-DRST-DEA**, el 06 de junio del 2024.

### 1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

**00. RECURSOS ORDINARIOS**  
**13. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS**

### 1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

El presente procedimiento se rige por el sistema de **PRECIOS UNITARIOS**, 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 **15 DIAS CALENDARIOS**, 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 **S/ 5.50** (cinco con 50/100 soles), en **CAJA DE LA ENTIDAD**, ubicado en **Av. Fernando Belaúnde Terry Mz. X – Lt. 1-10 – Urb. José Lishner Tudela – 1er Piso**.

## 1.10. BASE LEGAL

- Ley N°13953 - Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024.
- Ley N°13954 - Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal 2024.
- Ley N°31640 Ley de Endeudamiento del Sector Público para el año fiscal 2023
- TUO de la Ley N°30225, Ley de Contrataciones del Estado, aprobado por Decreto Supremo N°082-2019-EF.
- Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado aprobado por Decreto Supremo N°344-2018-EF.
- Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Texto único Ordenado de la Ley N°27806, Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública, aprobado por Decreto Supremo N°043-2003-PCM.
- Ley N°29973. Ley General de la Persona con discapacidad.
- Código Civil.
- Cualquier otra disposición Legal vigente que permitan desarrollar el objeto de la convocatoria, que no contravenga lo regulado por la Ley de Contrataciones del Estado.
- 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 documentos<sup>3</sup>, 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 – PIDE<sup>4</sup> 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**)

<sup>3</sup> La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

<sup>4</sup> 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)**<sup>5</sup>
- 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 Discapacidad<sup>6</sup>.
- 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”.*

<sup>5</sup> 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.

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

### Importante para la Entidad

*Esta disposición **solo** debe ser incluida en el caso de procedimientos de selección cuyo valor estimado sea igual o menor a cincuenta (50) UIT:*

#### 2.3. PRESENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

*“El recurso de apelación se presenta ante la Unidad de Trámite Documentario de la Entidad.*

*En caso el participante o postor opte por presentar recurso de apelación y por otorgar la garantía mediante depósito en cuenta bancaria, se debe realizar el abono en:*

N ° de Cuenta : 04-691-012964  
Banco : BANCO DE LA NACION

#### 2.4. 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 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 – PIDE<sup>7</sup> 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 comunicación<sup>8</sup>. (**Anexo N° 12**).

### Importante

<sup>7</sup> 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/>

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

- *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 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 Haya<sup>9</sup>.*
- *La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.*

## 2.5. 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 Dirección Regional de Salud de Tumbes**, sito en Av. Fernando Belaunde Terry Mz x Lote 1-10, Urb. José Lishner Tudela Tumbes. 2do Piso. en el horario de 8:00 am a 1:00 Pm, y de 2:30 pm a 4:30 pm.

<sup>9</sup> Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

## 2.6. 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 del **ÁREA RESPONSABLE DE OTORGAR LA CONFORMIDAD** (área usuaria), emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de pago.
- Orden de Servicio y/o Contrato.

**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**

AREA USUARIA	PEDIDO	DETALLE
ADMINISTRACION	PEDIDO DE SERVICIO N°1450	* <b>10 Millares de formatos de tramite documentario, en tamaño 1/2 A-4, en papel bond y de color azulino.</b>  Adjunta formato. PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.
COMUNICACIONES	PEDIDO DE SERVICIO N°779	* <b>26 BANNER ROLL SCREEN</b> medidas 2x1, impresiones full color 1440 DPI lona 13 onzas, con mensajes preventivos de información de las enfermedades metaxénicas.  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.
	PEDIDO DE SERVICIO N°1033	* <b>4 BANNER CON ROLL SCREEN</b> medidas 2x1, impresiones full color 1440 DPI lona 13 onzas, full color con lema del dengue con mensajes preventivos de información de las enfermedades de metaxénicas.  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.
DISCAPACIDAD	PEDIDO DE SERVICIO N°1165	* <b>08 Millares de Block de historia clínica de atención integral dobles</b> (x 200 hojas, tamaño oficio, impreso en ambos lados, color negro). * <b>07 Millares de Block de receta única estandarizada</b> (tamaño 1/2 A-4, en original y copia, en papel autocopiativo con croquel en el centro, impreso en color azulino). * <b>05 Millares de Trípticos</b> de la dirección de prevención y control de discapacidad técnica regional de prevención de discapacidad para los asegurados del SIS (tamaño A4, impreso en ambos lados a colores, papel couchet de 115g). * <b>04 Millares de Trípticos</b> de la dirección de prevención y control de discapacidad con respecto al proceso de la certificación de discapacidad, para los asegurados del SIS (tamaño A4, impreso en ambos lados a colores, papel couchet de 115g).  Adjunta formato. PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.

<p>PROMSA</p>	<p>PEDIDO DE SERVICIO N°1252</p>	<p>* <b>02 Millares de FICHAS DE VISITAS DOMICILIARIAS</b> (material papel bond, tamaño A4, impresión blanco y negro, forma original). <b>modelo</b>                  * <b>02 Millares de FICHAS DE REFERENCIA COMUNAL</b> (material autocalcable, tamaño A4, impresión blanco y negro, forma original). <b>modelo</b>                  * <b>02 Millares de FICHAS DE CARPETAS FAMILIARES</b> (material autocalcable, tamaño A4, impresión blanco y negro, forma original). <b>modelo</b>                  * <b>30 Unidades de ROTAFOLIOS</b> (según modelo, tamaño A-4, N° Páginas 50, material interior y caratula en papel couche mate o brillante de 350 gr., full color, acabado barnizado offset, plastificado mate o brillante, caratula compaginada, anillado con sistema doble ring, con base triangular de cartón paja forrado con papel, forma original).</p> <p>Adjunta formato.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>
<p>LABORATORIO</p>	<p>PEDIDO DE SERVICIO N°1221</p>	<p>* <b>10 Millares de FORMATOS SECCION DE PARASITOLOGIA</b> (resultados de examen seriado).                  * <b>10 Millares de FORMATOS SECCION DE PARASITOLOGIA</b> (resultados).                  * <b>10 Millares de FORMATOS SECCION DE UROANALISIS.</b>                  * <b>10 Millares de FORMATOS SECCION DE VARIOS.</b>                  * <b>10 Millares de FORMATOS SECCION DE HEMATOLOGIA.</b>                  * <b>10 Millares de FORMATOS SECCION DE BIOQUIMICA.</b>                  * <b>10 Millares de FORMATOS DE ANALISIS.</b>                  - (material papel bond, tamaño medio A4, impresión en color azulino).</p> <p>Adjunta formato.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>
<p>SALUD SEXUAL</p>	<p>PEDIDO DE SERVICIO N°1183</p>	<p>* <b>06 UNIDADES DE LIBRO DE SEGUIMIENTO DE GESTANTE.</b>                  * <b>06 UNIDADES DE LIBRO DE SEGUIMIENTO DE PP.FF.</b>                  * <b>06 UNIDADES DE LIBRO DE REGISTRO DE MONITOREO.</b>                  * <b>06 UNIDADES DE LIBRO DE REGISTRO DE ECOGRAFIA.</b>                  * <b>06 UNIDADES DE LIBRO DE REGISTRO DE PARTOS.</b></p> <p>se anexa características técnicas.</p> <p>PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>
<p>NIÑO</p>	<p>PEDIDO DE SERVICIO N°1406</p>	<p>* <b>50 Unidades Cuadernillos</b> de hoja de control y registro de la temperatura de refrigeración.                  * <b>50 Unidades Cuadernillos</b> de hoja de control y registro de la temperatura de congelación e instructivo.                  - <b>Cantidad de hojas: 25 hojas bond a full color, cada cuadernillo, tamaño 1/2 A-4 aproximadamente.</b>                  - <b>Modelo: con doble ring y con soporte en folcote.</b></p> <p>COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>

	<p><b>PEDIDO DE SERVICIO N°1422</b></p>	<p>* <b>1500 Unidades CARNET DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO.</b>                  * <b>1500 Unidades CARNET DE ATENCION INTEGRAL DE LA NIÑA. MATERIAL BRISTOL DE 150G., FULL COLOR.</b></p> <p>COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>
<p><b>VIH</b></p>	<p><b>PEDIDO DE SERVICIO N°1015</b></p>	<p>* <b>12 Block por 100 hojas - Anexo 3:</b> hoja de evaluación integral para ingreso al tratamiento antirretroviral en adultos con infección por el VIH (<b>cada anexo contiene 4 hojas, solo tira</b>).</p> <p>* <b>12 Block por 100 hojas - Anexo 4:</b> orden de laboratorio para pruebas de CD4 y CV.</p> <p>* <b>500 Tarjetas - Anexo 6:</b> tarjeta de administración de TAR y terapia preventiva en pacientes con VIH (<b>tarjeta en cartulina color amarillo</b>).</p> <p>* <b>12 Block por 100 hojas - Anexo 7:</b> formato de derivación de personas con VIH.</p> <p>* <b>12 Block por 100 hojas - Anexo 9:</b> hoja de consentimiento informado para el inicio de tratamiento antirretroviral en el adulto con VIH.</p> <p>* <b>12 Block por 100 hojas - Anexo 10:</b> frecuencia de exámenes de monitoreo en pacientes con VIH.</p> <p>* <b>4 Block por 100 hojas - Anexo 4:</b> hoja de evaluación integral para ingreso al tratamiento antirretroviral en niñas, niños y adolescentes con infección por el VIH (<b>cada anexo contiene 4 hojas, solo tira</b>).</p> <p>* <b>4 Block por 100 hojas - Anexo 5:</b> hoja de consentimiento informado para el inicio de tratamiento antirretroviral en niñas, niños y adolescentes con infección por el VIH.</p> <p>* <b>4 Block por 100 hojas - Anexo 6:</b> exámenes de laboratorio basales y de seguimiento en niñas, niños y adolescentes con VIH.</p> <p>* <b>200 Tarjetas - Anexo 8:</b> tarjeta de control de asistencia para administración de TAR y terapia preventiva en NAVV (<b>tarjeta en cartulina simple color anaranjada</b>).</p> <p>* <b>50 Block por 100 hojas</b> de ficha clínica de vigilancia VIH SIDA.</p> <p>* <b>50 Block por 100 hojas</b> de ficha de investigación para HEPATITIS.</p> <p>* <b>100 Block por 150 hojas</b> de ficha de notificación individual de caso de infección por VIH - SIDA (<b>en papel autocopiativo 1 original y 2 copias</b>).</p> <p>* <b>200 Dípticos (hazte la prueba del VIH). FULL COLOR.</b></p> <p>COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>
	<p><b>PEDIDO DE SERVICIO N°768</b></p>	<p>* <b>10 Unidades de Rotafolios,</b> con pasta gruesa, anillado, hojas a full color en papel Folcote laminado de 33 cm de largo x 24 cm de ancho, de <b>20 páginas.</b></p> <p>COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>

<p style="text-align: center;"><b>TBC</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>PEDIDO DE SERVICIO N°1013</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJAS - Flujograma de control de contacto de tuberculosis: Anexo: 5-A</li> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJAS - Flujograma de diagnóstico TBC mediante tamizaje radiológico y pmma en población vulnerable 5-B.</li> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJAS - Formato de transferencia internacional de afectados en tratamiento por tuberculosis: Anexo: 6</li> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJAS - Formato de notificación de sospechosas recabaciones adversas por los profesionales de salud: Anexo: 7</li> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJAS - Resumen de historia clínica del afectado con TBC resistente: Anexo: 8</li> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJAS - Formato de consentimiento informado de aceptación de tratamiento antituberculosis. COLOR AZULINO</li> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJAS - Formato de revocatoria del consentimiento informado de aceptación de tratamiento antituberculosis. Anexo: 10</li> <li>* 100 UNIDADES DE AMBOS LADOS ENMICADAS POSOLOGIA - Medicamentos anti TBC de primera línea para TBC sensible en dosis separadas y dosis fijas combinadas (DFC). Anexo: 11</li> <li>* 100 UNIDADES DE AMBOS LADOS ENMICADAS POSOLOGIA - Medicamentos anti TBC de segunda línea (DFC). Anexo: 12</li> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJAS - Hojas monitoreo del tratamiento de la TBC sensible y resistente. Anexo: 13</li> <li>* 50 BLOCKS de 100 HOJAS - Lista de chequeo para la presentación de expediente al comité CRER. Anexo: 14</li> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJAS - Formato de supervisión. Anexo: 19</li> </ul> <p>MATERIAL EN HOJA BOND A-4, COLOR NEGRO, SEGUN MODELO ADJUNTO. Adjunta formato.</p> <p>PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>PEDIDO DE SERVICIO N°1014</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 50 LIBROS DE REGISTRO DE DETECCION DE CASOS DE TUBERCULOSIS. ANEXO: 2 (100 páginas aproximadamente en color blanco y negro, impresión en ambos lados, tamaño oficio, tapa simple full color).</li> <li>* REGISTRO DE CASOS Y CONTROL DE TRATAMIENTO DE CASOS CON ESQUEMA PARA TBC SENSIBLE - cartulina simple color amarillo, T-OFICIO.</li> <li>* 100 BLOCK POR 100 HOJAS: FORMATO DE SOLICITUD DE INVESTIGACION BACTERIOLOGICA. ANEXO: 1 (T- A-4, COLOR NEGRO).</li> <li>* 50 LIBROS DE REGISTRO DE MUESTRAS PARA INVESTIGACION BACTERIOLOGICA. ANEXO: 3 (100 páginas aproximadamente en color blanco y negro, impresión en ambos lados, tamaño oficio, tapa simple full color).</li> <li>* 500 BLOCK POR 6 HOJAS: REGISTRO DE CASO Y CONTROL DE TRATAMIENTO DE CASOS CON ESQUEMA PARA TBC SENSIBLE. ANEXO: 4-A</li> <li>* 100 BLOCK POR 6 HOJAS: REGISTRO DE CASO Y CONTROL DE TRATAMIENTO DE CASOS CON ESQUEMA PARA TBC RESISTENTE. ANEXO: 4-B</li> <li>* 500 BLOCK POR 3 HOJAS: CONTROL DE TERAPIA PREVENTIVA DE LA TUBERCULOSIS (TPTB) ANEXO: 4-C</li> </ul> <p>Adjunta formato.</p> <p>PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>

NUTRICION	PEDIDO DE SERVICIO N°1218	* 50 CARTILLAS DE ATENCION Y CODIFICACION HIS. - DISEÑO: según modelo de implementación de la estrategia. - TAMAÑO: 21 CM x 30 CM - IMPRESION: IMPRESAS EN AMBOS LADOS, FULL COLOR. - MATERIAL: ANILLADAS Y PLASTIFICADAS.  COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION. PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.
	PEDIDO DE SERVICIO N°1223	* 50 BANNER DE ALIMENTACION Y NUTRICION SALUDABLE. - TAMAÑO: 1.20 CM de largo x 1.00 ancho - IMPRESION: FULL COLOR. - ACABADO: IMPRESION EN BANNER DE 10 ONZAS.  COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION. PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.
	PEDIDO DE SERVICIO N°1262	* 50 BANNER DE ALIMENTACION Y NUTRICION SALUDABLE. - TAMAÑO: 1.20 CM de largo x 1.00 ancho - IMPRESION: FULL COLOR. - ACABADO: IMPRESION EN BANNER DE 10 ONZAS.  COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION. PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.
METAXENICAS	PEDIDO DE SERVICIO N°986	* 02 MILLARES DE HOJAS DE BALANCE HIDRICO, COLOR AZULINO, TAMAÑO A-4, PAPELBOND. * 300 BLOCK x 100 HOJAS: HOJAS DE REFERENCIA, PAPEL BOND, TAMAÑO OFICIO, AUTOCOPIATIVO X 3, HOJAS DE COLORES. * 300 BLOCK x 100 HOJAS: HISTORIA CLINICA., PAPEL BOND, TAMAÑO A-4, IMPRESION COLOR AZULINO POR AMBOS LADOS. * 300 BLOCK x 100 HOJAS: FORMATOS HIS, TAMAÑO A-4, COLOR AZULINO, IMPRESO EN AMBOS LADOS. * 100 BLOCK x 100 HOJAS: SOLICITUD DE GOTA GRUESA, TAMAÑO 1/2 A-4, EN PAPEL BULKING, IMPRESION COLOR AZULINO. * 300 BLOCK x 100 HOJAS: HOJAS DE MONITOREO DE PACIENTES CON DENGUE, TAMAÑO A-4, PAPEL BOND, COLOR AZULINO. * 20 MILLARES DE DIPTICOS DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DENGUE, FULL COLOR, PAPEL COUCHET. * 250 BLOCK x 100 HOJAS: FORMATO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DENGUE, PAPEL BOND, COLOR AZULINO, TAMAÑO A-4. * 50 BANNER ROLES CREEM, 2X 1 MTS APROXIMADAMENTE. * 100 LIBROS DE FEBRILES, TAMAÑO OFICIO APROXIMADO, COLOR AZULINO, ACABADO EN TAPA DURA SIMILAR A FORMATO DE TESIS, IMPRESION AMBOS LADOS. * 100 ROTULOS DE BUENAS PRACTICAS CLINICAS, FULL COLOR, MEDIDAS 30 X 60 CM, AUTOADHESIVO, MATERIAL DURO, IMPRESION DE VINIL.  COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION. PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.

	<p>PEDIDO DE SERVICIO N°1132</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>* 02 MILLARES DE HOJAS DE BALANCE HIDRICO, COLOR AZULINO, TAMAÑO A-4, PAPELBOND.</li><li>* 300 BLOCK x 100 HOJAS: HOJAS DE REFERENCIA, PAPEL BOND, TAMAÑO OFICIO, AUTOCOPIATIVO X 3, HOJAS DE COLORES.</li><li>* 300 BLOCK x 100 HOJAS: HISTORIA CLINICA., PAPEL BOND, TAMAÑO A-4, IMPRESION COLOR AZULINO POR AMBOS LADOS.</li><li>* 300 BLOCK x 100 HOJAS: FORMATOS HIS, TAMAÑO A-4, COLOR AZULINO, IMPRESO EN AMBOS LADOS.</li><li>* 100 BLOCK x 100 HOJAS: SOLICITUD DE GOTA GRUESA, TAMAÑO 1/2 A-4, EN PAPEL BULKING, IMPRESION COLOR AZULINO.</li><li>* 300 BLOCK x 100 HOJAS: HOJAS DE MONITOREO DE PACIENTES CON DENGUE, TAMAÑO A-4, PAPEL BOND, COLOR AZULINO.</li><li>* 250 BLOCK x 100 HOJAS: FORMATO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DENGUE, PAPEL BOND, COLOR AZULINO, TAMAÑO A-4.</li><li>* 3000 UNIDADES - CARNET DE SEGUIMIENTO DE PACIENTE, color blanco y negro, en cartulina simple – color blanco, tamaño 1/2 A-4.</li></ul> <p>COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.</p> <p>PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>
	<p>PEDIDO DE SERVICIO N°1249</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>* 50 LIBROS DE REGISTRO DE PERSONAS EN VACUNACION ANTIRRABICA, CONTIENE 50 HOJAS APROXIMADAMENTE EN COLOR AZULINO, IMPRESION EN AMBOS LADOS, EL ACABADO ES FULL, TAPA SEMI DURA.</li><li>* 50 NTS N°131-2017-MINSA "NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA, PREVENCION Y CONTROL DE LA RABIA HUMANA EN EL PERU" - 124 PAGINAS, EN BLANCO Y NEGRO, ANILLADO.</li><li>* 50 RM N°1176-2023-MINSA - "MODIFICATORIA NTS N°131-2017" - 124 PAGINAS, EN BLANCO Y NEGRO, ANILLADO.</li><li>* 2500 FICHAS DE PERSONAS EXPUESTAS AL VIRUS RABICO - ANEXO: N°09 - HOJA BOND A-4 75G, IMPRESION BLANCO Y NEGRO, AMBOS LADOS, BLOCK DE 50</li><li>* 2500 FICHAS DE NOTIFICACION DEL ACCIDENTE POR MORDEDURA - ANEXO: N°10 - HOJA BOND A-4 75G, IMPRESION BLANCO Y NEGRO, AMBOS LADOS, BLOCK DE 50</li><li>* 1000 INFORME MENSUAL DE ZONOSIS - HOJA BOND A-4 75G, IMPRESION COLOR AZULINO, BLOCK DE 50</li><li>* 50 LIBROS DE REGISTRO DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES DE MORDEDURAS POR ANIMALES, CONTIENE 50 HOJAS APROXIMADAMENTE EN COLOR AZULINO, IMPRESION EN AMBOS LADOS, EL ACABADO ES FULL, TAPA SEMI DURA.</li><li>* 50 CARTILLAS - FLUJOGRAMA DE ATENCION DE LA PERSONA CON ACCIDENTES DE MORDEDURA Y DEL ANIMAL MORDEDOR, TAMAÑO A-4, CARTULINA SIMPLE BLANCO, ENMICADO.</li><li>* 1000 CARNET DE VACUNACION ANTIRRABICA HUMANA, FULL COLOR, TAMAÑO 1/2 A-4, MATERIAL CARTULINA.</li><li>* 1000 FOLLETOS LEPTOSPIROSIS, FULL COLOR, PAPEL FOLCOTE, TAMAÑO 1/2 A-4</li><li>* 1000 AFICHES LEPTOSPIROSIS, FULL COLOR, TAMAÑO A-4, PAPEL FOLCOTE.</li></ul> <p>COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.</p> <p>PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>

<b>SEGUROS</b>	<b>PEDIDO DE SERVICIO N°1158</b>	<p>* 1510 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES x 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO, IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR</p> <p>* 310 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) DOBLES x 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO, IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR</p> <p>* 400 BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS X 50 HOJAS, TAMAÑO 1/2 A-4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, IMPRESO A UN SOLO COLOR AZULINO</p> <p>COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>
	<b>PEDIDO DE SERVICIO N°1159</b>	<p>* 900 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES x 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO, IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR</p> <p>* 314 BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS X 50 HOJAS, TAMAÑO 1/2 A-4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, IMPRESO A UN SOLO COLOR AZULINO</p> <p>COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>
	<b>PEDIDO DE SERVICIO N°1160</b>	<p>* 1030 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES x 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO, IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR</p> <p>* 250 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) DOBLES x 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO, IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR</p> <p>* 500 BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS X 50 HOJAS TAMAÑO 1/2 A-4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, IMPRESO A UN SOLO COLOR AZULINO.</p> <p>COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>
	<b>PEDIDO DE SERVICIO N°1161</b>	<p>* 1220 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES x 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO, IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR</p> <p>* 204 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) DOBLES x 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO, IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR</p> <p>* 600 BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS X 50HOJAS, TAMAÑO 1/2 A-4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPIATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, IMPRESO A UN SOLO COLOR AZULINO.</p> <p>COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>

AREA USUARIO	PEDIDO	DETALLE	V°B°
ADMINISTRACION	PEDIDO DE SERVICIO N°1450	* 10 Millares de formatos de tramite documentario, en tamaño 1/2 A-4, en papel bond y de color azulino. Adjunta formato. PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.	



Ministerio de Salud  
Promover la salud y el bienestar

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES

Interesado : .....

Asunto : .....

Pase (01)	Pase (02)	Fecha	Recibido

- |                  |                           |                           |
|------------------|---------------------------|---------------------------|
| 01) Aprobación   | 06) Por Corresponder      | 11) Archivo               |
| 02) Atención     | 07) Para Conservar        | 12) Atención Inmediata    |
| 03) Conocimiento | 08) Anamp. Antecedentes   | 13) Preparar Contestación |
| 04) Opinión      | 09) Según lo solicitado   | 14) Proyectar Resolución  |
| 05) Informe      | 10) Tomar Nota y Devolver | 15) Observaciones         |

Observaciones: .....

COMUNICACIONES	PEDIDO DE SERVICIO N°779	<p>* 26 BANNER ROLL SCREEN medidas 2x1, impresiones full color 1440 DPI lona 13 onzas, con mensajes preventivos de información de las enfermedades metabólicas.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>	
	PEDIDO DE SERVICIO N°1033	<p>* 4 BANNER CON ROLL SCREEN medidas 2x1, impresiones full color 1440 DPI lona 13 onzas, full color con tema del dengue con mensajes preventivos de información de las enfermedades de metabólicas.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>	

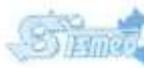
1

<p><b>DISCAPACIDAD</b></p>	<p><b>PEDIDO DE SERVICIO N°1166</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 08 Millares de Bloq. de historia clínica de atención integral dobles (x 200 hojas, tamaño oficio impreso en ambos lados, color negro)</li> <li>* 07 Millares de Bloq. de receta única estandarizada (tamaño 1/2 A-4, en original y copia, en papel autocopiativo con croquet en el centro, impreso en color azulino).</li> <li>* 05 Millares de Trípticos de la dirección de prevención y control de discapacidad técnica regional de prevención de discapacidad para los asegurados del SIS (tamaño A4, impreso en ambos lados a colores, papel couchet de 115g).</li> <li>* 04 Millares de Trípticos de la dirección de prevención y control de discapacidad con respecto al proceso de la certificación de discapacidad, para los asegurados del SIS (tamaño A4, impreso en ambos lados a colores, papel couchet de 115g).</li> </ul> <p>Adjunta formato.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>	
----------------------------	---	---	---

HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN INTEGRAL

CONSULTA							
APELLIDOS Y NOMBRE				DNI		FN	
FECHA:		HORA:		Edad:			
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:			
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:	
Orina:				Deposiciones:			
Ex. Físico	Tº:	P A :	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
Tiene Discapacidad (Si) (No)							
DIAGNOSTICO				TRATAMIENTO:			
				Exámenes auxiliares:			
				Referencia (lugar y motivo):			
Próxima Cita:				Firma y Sello:			
Atendido por:				( Colegio prof. )			
Observación:							

CONSULTA							
APELLIDOS Y NOMBRE				DNI		FN	
FECHA:		HORA:		Edad:			
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:			
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:	
Orina:				Deposiciones:			
Ex. Físico	Tº:	P A :	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
Tiene Discapacidad (Si) (No)							
DIAGNOSTICO				TRATAMIENTO:			
				Exámenes auxiliares:			
				Referencia (lugar y motivo):			
Próxima Cita:				Firma y Sello:			

### RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

EE. SS. \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

COD. AFILIAC. SIS: 330 \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

USUARIO	ATENCIÓN	ESPECIALIDAD MEDICA
Demanda SIS <input type="checkbox"/>	Consulta externa <input type="checkbox"/>	Medicina <input type="checkbox"/>
Intervención sanitaria <input type="checkbox"/>	Emergencia <input type="checkbox"/>	Gineco-Obstetricia <input type="checkbox"/>
Otros _____	Oftalmología <input type="checkbox"/>	Pediatría <input type="checkbox"/>
	Otros _____	Otros _____

Historia Clínica: \_\_\_\_\_ (CIE-10) \_\_\_\_\_

Diagnóstico (Definitivo/Presuntivo) \_\_\_\_\_

Rp. 

Producto Farmacéutico o Insano (Obligatorio DCI o Equivalente para insano)	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad

Sello/Firma/Col. Profesional \_\_\_\_\_ Fecha de atención \_\_\_\_\_ Valido hasta \_\_\_\_\_




### RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA INDICACIONES

EE. SS. \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Producto o Insano	Dosis	Via	Frecuencia	Duración

Sello/Firma/Col. Profesional \_\_\_\_\_ Fecha de atención \_\_\_\_\_ Valido hasta \_\_\_\_\_

**GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES**  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE TUMBES**  
PERU MINISTERIO DE SALUD PROGRAMMA N° 000 INCLUSIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (PCD)

**COMPONENTE ESTRATÉGICO DE INCLUSIÓN SOCIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (PCD) N°-0092**

**RECOMENDACIONES GENERALES:**

1. Controla tu salud, es lo más valioso que tienes.
2. No te automediques, respeta tu cuerpo.
3. Evita los hábitos nocivos, se saludable.
4. Realiza actividades físicas, evita el sedentarismo.
5. Lleva una vida tranquila y ordenada, evita el estrés.
6. No fume, evita el consumo de alcohol.
7. Controla tu peso, evita la obesidad.
8. Controla tu presión arterial, evita accidentes cerebro vasculares.
9. Controla tu nivel de azúcar, evita la diabetes.
10. Evita el consumo excesivo de grasas, evita la arteriosclerosis.
11. Duerme tus 8 horas diarias.
12. acude periódicamente al médico y cumple con los tratamientos.

**TÉRMINOS CLAVES PARA LA SALUD**

**PREVENCIÓN:**

1. Medidas previas aplicadas por la población para evitar ciertas discapacidades.

**ATENCIÓN:**

2. Acciones o ejecuciones inmediatas que amenguen o resuelvan situaciones de riesgo.

**REHABILITACIÓN:**

3. Proceso que se ejecuta en conjunto, el equipo de rehabilitación y la familia, orientado a devolver la mayor independencia posible para la realización de actividades.

**DISCAPACIDAD NO ES INCAPACIDAD**



## Salud y Discapacidad

La DIRESA Tumbes, institución rectora de la salud en Tumbes, comprometida al desarrollo integral y sostenible de la región, promueve estilos de vida saludables y mejora la calidad de vida de sus pobladores. Entendiendo que brinda servicios que le permitan a los ciudadanos tanto individual como colectivamente ser atendidos en sus necesidades en el entorno de su desarrollo para la prevención, atención y rehabilitación de las diferentes discapacidades.

### ACCIONES PÚBLICAS EN SALUD:

1. Prevención de Discapacidades.
2. Acceso universal a los servicios de salud.
3. Apoyo a las actividades y programas científicos.
4. Fortalecimiento de los servicios de medicina física y de rehabilitación.
5. Servicios de intervención temprana.

La discapacidad forma parte de la condición humana y por tanto todos estamos comprometidos.

### ¿QUÉ ES LA DISCAPACIDAD?

Restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

DEFICIENCIAS

+

LIMITACIONES DE ACTIVIDADES

+

RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

=

DISCAPACIDAD QUE NO ES UNA INCAPACIDAD

### RECOMENDACIONES HACIA LAS PCD

1. Recuerda que siempre debes preguntar si las personas con discapacidad necesitan tu ayuda antes de brindársela. Ellas mismas te explicarán que hacer.

Retira los obstáculos de su camino.

amable.

3. Actúa en forma natural, sonríe, es una persona como tú.



### SI ESTA EN SILLAS DE RUEDAS ESPERA SUS INDICACIONES:

- Ten cuidado al bajar por los bordes de las aceras o escalones.
- De preferencia usa las rampas.



### SI TIENE DEFICIENCIA MENTAL O RETARDO MENTAL:

- Respétalo como persona. No asustarse.
- No tocarlo, podría reaccionar violentamente.
- No contradecirlo, ser tolerante.
- La familia es un apoyo fundamental para su rehabilitación, debe ser orientada y capacitada en salud mental.



### SI TIENE PARÁLISIS CEREBRAL:

- Tienen movimientos involuntarios, tómalo con naturalidad.
- Si no comprendes lo que te dicen, pídele que te lo repita.



### SI USAS MULETAS:

- Cuida que no tropiecen con ellas.
- Camina a su ritmo y cuida que tenga sus muletas siempre cerca.



### SI TIENE CEGUERA:

- Avisale a tiempo de la presencia de obstáculos y escaleras.
- Si necesita desplazarse ofrécele tu apoyo.

**INCLUSIÓN**  
CAPACIDAD SIN LÍMITES

## PROCESO PARA OBTENER CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Acude al establecimiento de salud certificador, según el tipo de seguro al que perteneces.

[www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)

-  **1** Evaluación médica de la persona
-  **2** Calificación del grado de discapacidad
-  **3** Certificación de la discapacidad
-  **4** Entrega del certificado de discapacidad

Las evaluaciones requeridas serán financiadas por el seguro que te corresponda.  
La calificación y certificación son gratuitas.

**Para más información llama gratis a la Línea 113**

 **PERU** Ministerio de Salud  **San PUCHE** Tumbes  **BICENTENARIO** D.C. PERU 1821 - 2024

<p>PROMESA</p>	<p>PEDIDO DE SERVICIO N° 1252</p>	<p>                     * 02 Millares de FICHAS DE VISTAS DOMICILIARIAS (material papelí bond, tamaño A4, impresión blanco y negro, forma original). modelo                      * 02 Millares de FICHAS DE REFERENCIA COMUNITARIA (material autocollable, tamaño A4, impresión blanco y negro, forma original). modelo                      * 02 Millares de FICHAS DE CARPETAS FAMILIARES (material autocollable, tamaño A4, impresión blanco y negro, forma original). modelo                      * 30 Unidades de ROTAFOLIOS (según modelo, tamaño A-4, N° paginas 50, material interior y carzula en papel couche mate o brillante de 350 g. - full color, acabado barnizado offset, plastificado mate o brillante, carzula acompañada, anillado con sistema doble ring, con base triangular de cartón para forrado con papel, forma original).                      Adjunta formato.                      PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.                 </p>	
----------------	-----------------------------------	--	---



FICHA N° 01: Visita domiciliaria para la niña o niño hasta los 5 meses de edad

A1 DATOS DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR		A2 DATOS DE LA NIÑA O NIÑO		A3 DATOS DEL ACTOR SOCIAL	
Nombres: _____		Nombres: _____		Nombres: _____	
Apellidos: _____		Apellidos: _____		Apellidos: _____	
DNI / CE <input type="text"/>		Tipo Doc.: <input type="radio"/> CNVI Cod. PN <input type="radio"/> CUIDM# <input type="radio"/>		DNI <input type="text"/>	
Celular madre o cuidador: <input type="text"/>		Número <input type="text"/>		Celular: <input type="text"/>	
Teléfono alternativo <input type="text"/>		Fecha de Nacimiento <input type="text"/>		Célular: <input type="text"/>	
		Num. Historia Clin. <input type="text"/>			
4 Dirección: <input type="text"/>		A5 Establecimiento de Salud de atención: <input type="text"/>			
SOLICITA AMABLEMENTE EL CARNÉ DE CONTROL CRED Y VERIFICA SI:					
B1 ¿La niña o niño cuenta con control CRED según su edad? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		B2 ¿Tiene las vacunas completas de acuerdo a su edad? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		B3 Último peso registrado en el control CRED (kg) Ejemplo: 3.5 <input type="text"/>	
Si la respuesta es NO, REFIERE a la niña o niño al EE.SS. y refuerza los mensajes a la madre, padre o cuidador					
C1	Edad en meses			C3	EXPLORA SI EL NIÑO CONTINUA CON LACTANCIA MATERNA:
C2	Fecha	Visita N° 01	DD	M°	AA
C2	Fecha	Visita N° 02	DD	M°	AA
C2	Fecha	Visita N° 03	DD	M°	AA
		¿Le estás dando SÓLO pecho a tu niña o niño? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Visita N° 01	Visita N° 02
		Si respondió "NO", preguntar: ¿Cuál es el motivo? (marque sólo una opción):		Visita N° 03	
		No tengo mucha leche <input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Problemas de succión (mi bebé no agarra bien el pecho) <input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Por mi horario de trabajo <input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Otros <input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C4	SUPLEMENTACION. Explorar el uso correcto del suplemento	¿Le estás dando suplemento de hierro a tu niña o niño? Respondió "SI" pase a la pregunta a) Respondió "NO" pase a la pregunta b)		Visita N° 01	Visita N° 02
				Visita N° 03	
a) pregunta acerca del consumo de hierro:		Visita N° 01	Visita N° 02	Visita N° 03	
¿Cuántas gotas le das?:		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿Le dan todos los días?		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿Consumen 1 hora antes de la lactancia?		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Solicita el frasco y verifica si hay consumo o no el suplemento		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
		b) Pregunta ¿Por qué no le da el suplemento? (marque sólo una opción):		Visita N° 01	Visita N° 02
		No le corresponde por la edad <input type="radio"/>		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
		Está enfermo <input type="radio"/>		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
		Vomita / tiene diarrea / se estira / su caquita es oscura <input type="radio"/>		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
		Se acabó el suplemento de hierro <input type="radio"/>		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
		No me entregó el establecimiento de salud <input type="radio"/>		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Si la respuesta ES NO, REFIERE a la niña o niño al establecimiento de salud y refuerza los mensajes a la madre padre o cuidador					
C6	Solicita un compromiso sencillo a la madre, padre o cuidador, sobre lo abordado en la visita:			Cumplimiento	Firma de la madre/ padre o cuidador
	Visita N° 01				<input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> ☹️
	Visita N° 02				<input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> ☹️
	Visita N° 03				<input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> ☹️
D1	OBSERVACIONES				
RECUERDA: Para que una REFERENCIA sea atendida, se coordina antes con el personal del Establecimiento de Salud para que le programen una CITA DE ATENCIÓN					



PERU Ministerio de Salud

FICHA N° 02: Visita domiciliaria para la niña o niño de 6 a 12 meses de edad

A1 DATOS DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR		A2 DATOS DE LA NIÑA O NIÑO		A3 DATOS DEL ACTOR SOCIAL	
Nombres: .....		Nombres: .....		Nombres: .....	
Apellidos: .....		Apellidos: .....		Apellidos: .....	
DNI / CE <input type="text"/>		Tipo Doc.: <input type="radio"/> CNVI Ced. PN <input type="radio"/> CUVDM <input type="radio"/>		DNI <input type="text"/>	
Celular madre o cuidador: <input type="text"/>		Número <input type="text"/>		Celular: <input type="text"/>	
Teléfono alternativo <input type="text"/>		Fecha de Nacimiento <input type="text"/> Num. Historia Cln. <input type="text"/>			
A4 Dirección Actual: .....				A5 Establecimiento de Salud de atención: .....	
<b>SOLICITA AMABLEMENTE EL CARNÉ DE CONTROL CRED Y VERIFICA SI:</b>					
B1 La niña o niño cuenta con control CRED según su edad <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		B2 ¿Tiene las vacunas completas de acuerdo a su edad? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		B3 Último peso registrado en el control CRED (kg) Ejemplo: 3.5 <input type="text"/>	
Si la respuesta es NO, REFIERE a la niña o niño al EE.SS. y refuerza los mensajes a la madre, padre o cuidador					
C1 Edad en meses <input type="text"/>	C2 Fecha <input type="text"/>	Visita N° 01 <input type="text"/>	Visita N° 02 <input type="text"/>	Visita N° 03 <input type="text"/>	
C3 EXPLORA SI EL NIÑO CONTINUA CON LACTANCIA MATERNA.			C4 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA		
¿Le estas dando SÓLO pecho a tu niña o niño? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			¿Cuántas veces al día le das de comer?: <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4		
Si respondió que "NO", preguntar: ¿Cuál es el motivo? (marque sólo una opción):			¿Le das alimentos de origen animal ricos en hierro? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
No tengo mucha leche <input type="radio"/>			Si respondió "NO", preguntar: ¿Cuál es el motivo? (marque sólo una opción):		
Problemas de succión (mi bebé no agarra bien el pecho) <input type="radio"/>			Desconozco que alimentos son <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
Por mi horario de trabajo <input type="radio"/>			A mi niña o niño no le gusta <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
Le doy su comida a mi niña/o <input type="radio"/>			No encuentro donde comprarlos <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
Otros <input type="radio"/>			Otros <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
C5 SUPLEMENTACIÓN Explorar el uso correcto del suplemento		¿Le estas dando suplemento de hierro a tu niña o niño? Respondió "SI" pase a la pregunta a) Respondió "NO" pase a la pregunta b)		Visita N° 01 <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Visita N° 02 <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
a) Pregunta acerca del consumo de hierro:		Visita N° 01 <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Visita N° 02 <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Visita N° 03 <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿Cuántas cucharaditas o sobrecitos le das al día?					
¿Le das todos los días?		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿Consumo 1 o 2 horas después de comer o lactar?		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Solicita el frasco y verifica si hay consumo del suplemento		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
b) ¿Por qué no le das? (marque sólo una opción)		Visita N° 01 <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Visita N° 02 <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Visita N° 03 <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
No le corresponde por la edad		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Está enfermo		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Vomita / tiene diarrea / estreñimiento / caquita oscura		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Se acabó el suplemento de hierro		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
No me entregó el establecimiento de salud		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Si la respuesta ES NO, REFIERE a la niña o niño al establecimiento de salud y refuerza los mensajes a la madre o cuidador					
C6	Solicite un compromiso sencillo a la madre, padre o cuidador, sobre lo abordado en la visita:	Cumplimiento	Firma de la madre/ padre o cuidador		
Visita N° 01		<input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> ☹️			
Visita N° 02		<input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> ☹️			
Visita N° 03		<input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> ☹️			
D1 OBSERVACIONES					

RECUERDA: Toda referencia al Establecimiento de Salud debe ser atendido previa coordinación con el personal para contar cita de atención programada.

### FORMATO N° 03 REFERENCIA COMUNAL

Fecha de referencia:  Hora:  N° M. Clínica (comunal):

Fecha de referencia:  Hora:  N° M. Clínica (comunal):

### FORMATO N° 03 REFERENCIA COMUNAL

Fecha de referencia:  Hora:  N° M. Clínica (comunal):

Fecha de referencia:  Hora:  N° M. Clínica (comunal):

#### DATOS DE LA REFERENCIA

Nombre y apellidos:  DNI:

Fecha Nac.:  Género:  N° Comunal (Familiar):

Diagnóstico:

DATOS DE LA MADRE/PADRE O APODERADO (SI CORRESPONDE)

Nombre y apellidos:  DNI:

EDS de referencia:

#### MOTIVO DE REFERENCIA

Lactancia materna exclusiva

Control ODS/Visión

No inició suplementación preventiva de hierro

No cuenta con suplementación de hierro

Presencia efecto adverso al consumo de suplementos de hierro

Requiere ser dosado de hemoglobina (Hb metac)

No recibió demostrativa de preparación de alimentos para el niño

Otro motivo de referencia

Nombre y Apellido ASISTENTE (comunal):  DNI:

#### DATOS DE LA REFERENCIA

Nombre y apellidos:  DNI:

Fecha Nac.:  Género:  N° Comunal (Familiar):

Diagnóstico:

DATOS DE LA MADRE/PADRE O APODERADO (SI CORRESPONDE)

Nombre y apellidos:  DNI:

EDS de referencia:

#### MOTIVO DE REFERENCIA

Tiene fiebre, tos, dolor de garganta

Tiene dolor de estómago, vómito, diarrea

Control de Gestacon/Pulparia

Síntomas respiratorio con más 15 días de tos

Enfermedades sin tratamiento o control (Diabetes, Hipertensión, asma, otros)

Persona adulta mayor con algún problema de salud

Otro

Nombre y Apellido ASISTENTE (comunal):  DNI:

#### REGISTRO ATENCIÓN

Fecha atención:  Hora:  DNI:

Nombre del médico:

Diagnóstico y tratamiento:

Observación:

Firma Profesional Atención: \_\_\_\_\_

#### REGISTRO ATENCIÓN

Fecha atención:  Hora:  DNI:

Nombre del médico:

Diagnóstico y tratamiento:

Observación:

Firma Profesional Atención: \_\_\_\_\_

\* Para la familia: madre/padre/cuidador



DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES  
FICHA FAMILIAR

FICHA FAMILIAR N°

**I. DATOS GENERALES**

DIRESA: MIR de Salud  
EE.SS

**FAMILIA:**

N° integrantes de la Familia: Hijos (0-11A) Adolescente (12-17\*) Adulto (30-50 A) Ad. Mayor (60+\*) Total

**II. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA Y DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

Provincia: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Sector: \_\_\_\_\_

Área de residencia: \_\_\_\_\_

N° Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de la vivienda: \_\_\_\_\_

**III. VISITA DE SALUD FAMILIAR**

Fecha: \_\_\_\_\_ Resultado de la Visita: \_\_\_\_\_ Próxima Visita: \_\_\_\_\_

Responsable de la Visita: \_\_\_\_\_

Tiempo que demora en llegar al EE.SS: \_\_\_\_\_

Medio de transporte de mayor uso: \_\_\_\_\_

Tiempo de residencia en el domicilio actual: \_\_\_\_\_

Residencias anteriores: \_\_\_\_\_

Disponibilidad para próxima visita: \_\_\_\_\_

Como Electrónico: \_\_\_\_\_

**IV. CARACTERISTICAS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA**

Idioma predominante de la Familia: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

**APellidos y Nombres de las(s) o los(s) Informantes(s):**

Apellido/Raza: \_\_\_\_\_

N°	NOMBRES	APELLIDOS	EDAD Y SEXO		D.N.I. / Carnet Extranjero	FECHA NACIMIENTO			PARENTESCO	(a) Grado de Instrucción	(b) Ocupación	Seguro de Salud			
			M	F		D	M	A				SIS	ESSALUD	AFIP	Privado
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															

Fuente: RM N° 204-2015/MINSA y Guía de implementación del programa familias y viviendas saludables

(a) PARENTESCO: Padre (P) Madre (M) Hijo/a (H) Hija/o Adoptivo/a (HA) abuelo/a (A) Tío/a (T) Nieta/o (N) Nieto/a (NI) Padrastro (PA) Madrastra (MA) Sobrino/a (S) Sobrina/o (SA) Hermana/o (HM) Hermano/o (HM) Yerno (Y) Nuera (N)

(b) ESTADO CIVIL: Soltero/a (S) Conyugado/a (C) Separado/a (SE) Divorciado/a (D) Viudo/a (V) Otros (O)

(c) GRADO DE INSTRUCCIÓN: Sin Instrucción (SI) Inicial (I) Primaria Completa (PC) Primaria Incompleta (PI) Secundaria Completa (SC) Secundaria Incompleta (SI) Superior Completa (SUC) Superior Incompleta (SUI)

(d) CONDICIÓN DE LA OCUPACIÓN: Trabajador/a Exable (E) Sin Ocupación (SO) Jubilado/a (J) Estudiante (E)



DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES  
 FICHA FAMILIAR

**V. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN FAMILIAR**

**FAMILIOGRAMA (estructural y de relaciones familiares)**

**CICLO VITAL FAMILIAR**

Familia en formación	<input type="checkbox"/>	Amigos y Vecinos	<input type="checkbox"/>	Apoyo Social	<input type="checkbox"/>	Instituciones Comunitarias	<input type="checkbox"/>
Familia en expansión	<input type="checkbox"/>	Trabajo	<input type="checkbox"/>	Familia		Escuela	<input type="checkbox"/>
Con nacimiento del primer hijo	<input type="checkbox"/>	Iglesia	<input type="checkbox"/>			Familiares	<input type="checkbox"/>
Con hijo en edad pre-escolar	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Con hijo en edad escolar	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Con hijo adolescente	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Con hijo en edad adulta	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Familia en dispersión	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Familia en contracción	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				

**ECOMAPA**

FECHA(S) DE ELABORACIÓN

REALIZADO POR

TIPO DE FAMILIA

Nuclear  
 Extendida  
 Ampliada

Monoparental  
 Reconstruida  
 Equivalente familiar

**VI. RIESGOS A IDENTIFICAR DE ACUERDO A LA ETAPA DE VIDA Y COMO FAMILIA**

ETAPA NIÑO (0-11 años)	Coloca r.N°	ETAPA JOVEN (18 a 29 años)	Coloca r.N°	ETAPA ADULTO (30- 59 años)	Coloca r.N°	ETAPA ADULTO MAYOR (> 60 años)	Coloca r.N°
RIESGOS	RIESGOS	RIESGOS	RIESGOS	RIESGOS	RIESGOS	RIESGOS	RIESGOS
Niño nacido prematuro	Sin evaluación nutricional	Sin evaluación nutricional	Sin evaluación nutricional	Sin evaluación nutricional	Sin evaluación nutricional	Sin evaluación nutricional	Sin evaluación nutricional
Niño nacido (< 28 días)	Sin evaluación de riesgo cardiovascular	Joven con vacunas incompletas	Adulto con vacunas incompletas	Adulto con vacunas incompletas	Adulto con vacunas incompletas	Adulto con vacunas incompletas	Adulto con vacunas incompletas
Sin identificación de problemas visuales y auditivos	Sin evaluación del desarrollo psicosocial	Sin evaluación del desarrollo psicosocial	Sin evaluación de factores de riesgo enfermedades no trans	Sin identificación de factores de riesgo enfermedades no trans	Sin identificación de factores de riesgo enfermedades no trans	Sin identificación de factores de riesgo enfermedades no trans	Sin identificación de factores de riesgo enfermedades no trans
Recién nacido sin documento nacional de identidad	Sin evaluación de la agudeza visual y auditiva	Sin identificación factores de riesgo enfermedades no trans	Sin identificación factores de riesgo enfermedades no trans	Sin identificación factores de riesgo enfermedades no trans	Sin identificación factores de riesgo enfermedades no trans	Sin identificación factores de riesgo enfermedades no trans	Sin identificación factores de riesgo enfermedades no trans
Niño con vacunas incompletas	Sin evaluación del desarrollo sexual	Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles	Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles	Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles	Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles	Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles	Sin identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles
Niño < 6 meses sin lactancia materna exclusiva	Sin evaluación de la cavidad bucal	Sin evaluación de la cavidad bucal	Sin evaluación de la cavidad bucal	Sin evaluación de la cavidad bucal	Sin evaluación de la cavidad bucal	Sin evaluación de la cavidad bucal	Sin evaluación de la cavidad bucal
Sin evaluación de la cavidad bucal temprana	Sin evaluación física postural	Sin identificación de problemas renales	Sin identificación de problemas renales	Sin evaluación de la cavidad bucal			
Sin sesiones de estimulación temprana	Adolescente con vacunas incompletas	Sin evaluación de riesgo cardiovascular	Sin evaluación de riesgo cardiovascular	Mujer sexualmente activa sin Papanicolaou			
Niño sin exámenes parásitos, RPR, Hb, Gf, TSH	Participación en pandillas/delinuencia	Mujer sexualmente activa sin Papanicolaou anual	Mujer sexualmente activa sin Papanicolaou anual	Adulto con conducta sexual de riesgo			
Niños de 36 meses sin suplemento de micronutrientes y hierro	Problemas de conducta y/o alimentación	Problemas de conducta y/o alimentación	Problemas de conducta y/o alimentación	Mujer > 45-Hombre > 35 sin examen de colesteron	Mujer > 45-Hombre > 35 sin examen de colesteron	Mujer > 45-Hombre > 35 sin examen de colesteron	Mujer > 45-Hombre > 35 sin examen de colesteron
Niño sin control de crecimiento y desarrollo	Deserción escolar/ bajo rendimiento escolar	Mujer/hombre en edad reproductiva sin planificación familiar	Mujer/hombre en edad reproductiva sin planificación familiar	Mujer/hombre en examen de colesteron			
Recién nacido de parto domiciliario	Adolescente / conducta sexual en riesgo	Participación en pandillas/ delincuencia	Participación en pandillas/ delincuencia	Mamografía bianual a partir de los 50 años	Mamografía bianual a partir de los 50 años	Mamografía bianual a partir de los 50 años	Mamografía bianual a partir de los 50 años

Fuente: RM N° 204-2015/MINSA y Guía de implementación del programa familias y viviendas saludables





DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES  
FICHA FAMILIAR

IX. COMPORTAMIENTO FAMILIAR Y SU ENTORNO SALUDABLE

ELIJE TEMÁTICO	Práctica o comportamiento	Cs O Es	Cns O Ens	No Aplica	Observaciones
Higiene	1. ¿Su familia dispone de un lugar dentro de su casa para el lavado de manos?	SI	NO	NA	
	2. ¿Los miembros de su familia utilizan agua y jabón al lavarse las manos?	SI	NO	NA	

ELIJE TEMÁTICO	Práctica o comportamiento	Cs O Es	Cns O Ens	No Aplica	Observaciones
Alimentación y Nutrición Saludable	1. ¿Su familia consume verduras por lo menos 2 veces al día?	SI	NO	NA	
	2. ¿Su familia consume frutas por lo menos 3 veces al día?	SI	NO	NA	
	3. ¿Su familia consume carne /roja y/o blanca) diariamente?	SI	NO	NA	
	4. ¿Su familia consume leche o sus derivados por lo menos tres veces a la semana?	SI	NO	NA	
	Si en la familia hay un menor de tres años preguntar:	SI	NO	NA	
	5. ¿Su niño o niña, recibe o recibió lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida?	SI	NO	NA	
	6. ¿Su niño o niña, inició la alimentación complementaria sin dejar la lactancia materna a partir de los 6 meses?	SI	NO	NA	
	7. ¿El niño/a cuenta con CRED según su edad (verificar carnet y anotar fecha de último control)?	SI	NO	NA	
	8. ¿Le prepara a su niño o niña, alimentos ricos en hierro (carne, sangrecita, bazo, hígado y pescado) por lo menos 4 veces a la semana?	SI	NO	NA	
9. ¿Le da a su niño o niña suplementación de hierro?	SI	NO	NA		

Salud sexual reproductiva	Salud sexual reproductiva	SI	NO	NA
1. ¿Los miembros de la familia que tienen relaciones cortales utilizan algún método de planificación familiar?	1. ¿El último parto de la madre fue en un Establecimiento de Salud?	SI	NO	NA
2. ¿El último embarazo de la madre fue planificado?	2. ¿Se ha realizado todos los exámenes de laboratorio requeridos durante la gestación?	SI	NO	NA
3. ¿Su hijo(a) adolescente conoce como se debe prevenir el contagio de VIH-SIDA?	1. ¿Su hijo(a) adolescente conoce sobre el uso del preservativo para evitar el contagio de las ITS-VIH/SIDA y el embarazo precoz?	SI	NO	NA
4. ¿Su hijo(a) adolescente conoce los miembros, utilización verbal (permiso, gracias, por favor, etc.) y acciones de respeto (No maltrato físico, etc.)?	1. ¿En su familia realizan prácticas del buen comportamiento y moralidad entre todos los miembros: utilización verbal (permiso, gracias, por favor, etc.) y acciones de respeto (No maltrato físico, etc.)?	SI	NO	NA
5. ¿Cuánta la gestante con el apoyo emocional y físico de su pareja o familia?	2. ¿Cuánta la gestante con el apoyo emocional y físico de su pareja o familia?	SI	NO	NA
6. ¿En su familia los hijos varones abrazan y besan a su padre como señal de afecto?	1. ¿En su familia los hijos varones abrazan y besan a su padre como señal de afecto?	SI	NO	NA
7. ¿Su hijo(s) y/o hija(s) le hacen preguntas o piden ayuda cuando lo necesitan?	2. ¿Su hijo(s) y/o hija(s) le hacen preguntas o piden ayuda cuando lo necesitan?	SI	NO	NA
8. ¿Su hijo(s) y/o hija(s) tiene metas, objetivos claros y las herramientas (responsabilidad, disciplina, perseverancia, autoestima) para lograrlos?	3. ¿Su hijo(s) y/o hija(s) tiene metas, objetivos claros y las herramientas (responsabilidad, disciplina, perseverancia, autoestima) para lograrlos?	SI	NO	NA
9. ¿Se acostumbra en su familia que los varones ayuden en las actividades domésticas de la casa?	4. ¿Se acostumbra en su familia que los varones ayuden en las actividades domésticas de la casa?	SI	NO	NA

Fuente: RM N° 204-2015/MINSA y Guía de implementación del programa familias y viviendas saludables



DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES  
FICHA FAMILIAR

	SI	NO	NA
<b>Metaxenicas</b>			
1. ¿Su familia posee tanque o depósitos para el almacenamiento de agua?	SI	NO	NA
2. ¿Su familia escobilla y lava los depósitos de agua cada tres a cinco días?	SI	NO	NA
3. ¿Su familia tapa los depósitos de agua?	SI	NO	NA
4. ¿Su familia conoce sobre la importancia del abate en los tanques de agua?	SI	NO	NA
5. ¿Su familia tiene por costumbre conservar el abate dentro de sus depósitos de agua?	SI	NO	NA
6. ¿Su familia usa mosquiteros para dormir?	SI	NO	NA
7. ¿En su hogar las puertas y ventanas tienen tela de celosía?	SI	NO	NA
8. ¿Reciben la visita del personal de salud para el control del vector, por lo menos 1 vez por semana?	SI	NO	NA
<b>Cáncer</b>			
1. ¿Tienen algún antecedente familiar de personas con cáncer?	SI	NO	NA
2. ¿Su familia ha recibido alguna información sobre Papanicolaou?	SI	NO	NA
3. ¿Las mujeres de su familia en edad reproductiva y con actividad sexual realizan el Papanicolaou todos los años?	SI	NO	NA
4. ¿Las mujeres de su familia conocen y realizan la autoexploración de sus mamas por lo menos una vez al mes?	SI	NO	NA
5. ¿Algún miembro de su familia fuma más de un cigarrillo diario?	SI	NO	NA

	SI	NO	NA
<b>Enfermedades no Transmisibles: (Diabetes e Hipertensión)</b>			
1. ¿Los adultos(as) de su familia realizan actividad física y deporte por lo menos tres veces por semana?	SI	NO	NA
2. ¿Tienen algún antecedente familiar de Diabetes e Hipertensión?	SI	NO	NA
3. ¿Su familia consume alimentos chatarra como: gaseosas, hamburguesas y salchipollo?	SI	NO	NA
4. ¿La familia visita al médico por lo menos 2 veces al año?	SI	NO	NA
1. ¿Los miembros de su familia realizan la práctica del buen cepillado de los dientes 3 veces al día?	SI	NO	NA
2. ¿Consumen alimentos con sal yodada y fluorada?	SI	NO	NA
3. ¿Visitan al dentista por lo menos una vez al año?	SI	NO	NA
4. ¿Se le cuida los dientes a los niños menores de 3 años (pinzeta y masajes de las encías desde los primeros días de vida, Cepillo los dientes del niño con un cepillo suave y pequeño, limpia la lengua del niño, etc)?	SI	NO	NA
5. ¿Utilizan además del cepillo y crema dental otro producto para la higiene bucal?	SI	NO	NA
6. ¿Su familia ha recibido enseñanza de la técnica de higiene dental?	SI	NO	NA
7. ¿Su familia conoce los alimentos que son ricos en calcio para el consumo diario dentro de su alimentación?	SI	NO	NA
<b>Salud Bucal</b>			
<b>Si en la familia hay niños menores de 3 años preguntar:</b>	SI	NO	NA
1. ¿Se realiza la limpieza y masajes de las encías desde los primeros días de vida (0 a 1 año)?	SI	NO	NA
2. ¿Cepila los dientes y lengua del niño(niña) con un cepillo suave y pequeño (2 a 6 años)?	SI	NO	NA
1. ¿En su vivienda las habitaciones (dormitorios, cocina, etc.) tienen ventiladas?	SI	NO	NA
2. ¿Hay algún miembro de la familia que tenga los por más de 15 días?	SI	NO	NA
3. ¿Hay algún miembro de la familia que ha presentado pérdida de peso en el último año?	SI	NO	NA
4. ¿Los miembros de la familia se cubren al estornudar o al toser con el antebrazo?	SI	NO	NA
<b>Tuberculosis</b>			

X. PROGRAMAS ESTRATÉGICOS PRIORIZADOS EN LA FAMILIA :

EJES TEMÁTICOS	FECHA
Higiene y Ambiente (Incluye vivienda)	
Nutrición y alimentación Saludable	
Salud Sexual y Reproductiva	
Habilidades para la Vida	
Cultura de Paz y Buen Trato	
Actividad Física	
Seguridad Vial y Cultura de Tránsito	
Prevención de Enfermedades Prevalentes	

Fuente: RM N° 204-2015-MINSA y Guía de implementación del programa familias y viviendas saludables



**DIRECCION REGIONAL DE SALUD TUMBES**  
**FICHA FAMILIAR**

**XI. PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA FAMILIA (PAIFAM) – INTERVENCIONES**

EJE DE INTERVENCIÓN	SALUD INDIVIDUAL (comprende los paquetes de atención integral por etapas de vida)		ACUERDOS	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	VISITA DE SALUD FAMILIAR	OBSERVACIONES
	RIESGO/PROBLEMA IDENTIFICADO	EDAD PROBLEMA				
EJE DE INTERVENCIÓN	FUNCIONES DE LA FAMILIA: (comprende las funciones básicas: cuidado, afecto, expresión de la sexualidad, socialización estatus social y las funciones según sus relaciones internas, comunicación, cohesión, permeabilidad, rol, adaptabilidad y armonía)					
EJE DE INTERVENCIÓN	CONDICIONES MATERIALES DE VIDA Y ENTORNOS (comprende las características de la vivienda, eliminación de excretas, tenencia de animales, aguas estancadas, vectores, pandillaje y otros alrededor de las viviendas)					

Fuente: R.M N° 204-2015/MINSA y Guía de implementación del programa familias y viviendas saludables

JEFE DE FAMILIA: \_\_\_\_\_ PERSONAL DE SALUD: \_\_\_\_\_

**ROTAFOLIOS:**

- Cantidad : 30 Rotafolios
- Diseño : Según modelo aprobado, línea gráfica MINSA.
- Tamaño : A3
- N° de páginas: 50.
- Material : Interiores: Papel couche mate (o brillante) de 350gr.  
Caratula: Papel couche mate (o brillante) de 350gr
- Impresión : Full color
- Acabados : Barnizados Offset,  
Plastificado mate (o brillante),  
Caratula Compaginada,  
Anillado con sistema doble ring,  
Con base triangular de cartón paja forrado con papel.
- Forma : Original



LABORATORIO	PEDIDO DE SERVICIO N°1221	<ul style="list-style-type: none"><li>* 10 Millares de FORMATOS SECCION DE PARASITOLOGIA (resultados de examen sellado).</li><li>* 10 Millares de FORMATOS SECCION DE PARASITOLOGIA (resultados).</li><li>* 10 Millares de FORMATOS SECCION DE UROANALISIS.</li><li>* 10 Millares de FORMATOS SECCION DE VARIOS.</li><li>* 10 Millares de FORMATOS SECCION DE HEMATOLOGIA.</li><li>* 10 Millares de FORMATOS SECCION DE BIOQUIMICA.</li><li>* 10 Millares de FORMATOS DE ANALISIS.</li><li>- (material papel bond, tamaño medio A4, impresion en color azulino).</li></ul> Adjunta formateo. PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.	 <p>GOBIERNO REGIONAL TUMBES DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE TUMBES E.O.P. José Gálvez (1940-1927) DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE TUMBES</p> 
-------------	---------------------------	--	--

 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES RED DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA <b>SECCIÓN DE PARASITOLOGÍA</b>		 Ministerio de Salud Personas que atienden a Personas
NOMBRES Y APELLIDOS: _____		Código: _____
MÉDICO: _____		Fecha: _____
TIPO DE MUESTRA: _____		
RESULTADOS DE EXAMEN SEREADO		
MUESTRA-FECHA	EXAMEN FÍSICO	RESULTADO
Primera muestra:	Color: _____	
	Consistencia: _____	
	Olor: _____	
	Hallazgos: _____	
Segunda muestra:	Color: _____	
	Consistencia: _____	
	Olor: _____	
	Hallazgos: _____	
Tercera muestra:	Color: _____	
	Consistencia: _____	
	Olor: _____	
	Hallazgos: _____	

	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES RED DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA <b>SECCIÓN DE PARASITOLOGÍA</b>	 ENTREGA GRATUITA
---	--	--

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 MÉDICO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 CÓDIGO DE FUA: \_\_\_\_\_

**RESULTADOS**

**EX. MACROSCÓPICO:**

Olor: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Consistencia: \_\_\_\_\_  
 Hallazgo: \_\_\_\_\_

**EX. MICROSCÓPICO:**

SS y Lugol: \_\_\_\_\_

Col. Azul de Metileno: \_\_\_\_\_

**MET. DE CONCENTRACIÓN:**

Faust: \_\_\_\_\_



 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES RED DE LABORATORIO DL SALUD PÚBLICA <b>SECCIÓN DE UROANÁLISIS</b>  <b>Ministerio de Salud</b> Personas que atendemos Personas		
NOMBRES Y APELLIDOS: _____		
MÉDICO: _____		FECHA: ____/____/____
RESULTADOS		
EXAMEN FÍSICO	EXAMEN QUÍMICO	SEDIMENTO
Color: _____	Proteínas: _____	Leucocitos: _____
Aspecto: _____	C.R. _____	Células Epiteliales: _____
Densidad: _____	Cuerpo Cetónicos: _____	Cristales _____
P.H.: _____	H.P. : _____	Hematies _____
	P. Biliares: _____	Otros _____
	Urobilina: _____	

  Ministerio de Salud  DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES  RED DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA <b>SECCIÓN DE VARIOS</b>		
NOMBRES Y APELLIDOS: _____		SERVICIO: _____
MÉDICO: _____		FECHA: _____
CÓDIGO DE PUA: _____		
RESULTADOS		
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		







PERU Ministerio de Salud DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES

LABORATORIO REFERENCIAL DE SALUD PÚBLICA - TUMBES  
 Av. Fernando Belaúnde Terry No. 3, Lote 1-10 - Urb. José Lishner Tutela 1 Etapa - Tumbes

## HEMATOLOGÍA



**Ministerio de Salud**  
 Personas que atienden Personas

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

EXAMEN SOLICITADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TIPO DE MUESTRA: \_\_\_\_\_ FECHA DE EMISIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DETERMINACIÓN	RESULTADO	DETERMINACIÓN	RESULTADO
Hematocrito	%	Abastionados	%
Hemoglobina	gr/dl	Segmentados	%
Leucocitos	x mm <sup>3</sup>	Eosinofilos	%
Plaquetas	x mm <sup>3</sup>	Basofilos	%
VSG	mm/h	Monocitos	%
Eritrocitos	x mm <sup>3</sup>	Linfocitos	%

OBSERVACION:





DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES

RED DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

## SECCION DE BIOQUIMICA



NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

EXAMEN SOLICITADO	VALORES REFERENCIALES	EXAMEN FISICO	RESULTADO	VALORES REFERENCIALES	EXAMEN FISICO	RESULTADO	VALORES REFERENCIALES
Urea		Bilirubina total			Proteína Total		
Proteínas		Bilirubina Directa			albumina		
PT		Bilirubina Indirecta			RIAG		
TGO		TGO			Amilasa		
Glucosa		TGP			Urea		
Glucosa Post Prandial		Orina Ocasional			Creatinina		
		Calcio			Depuración Creatinina		

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES LABORATORIO REGIONAL DE SALUD PÚBLICA DE TUMBES		
COD. REGISTRO: _____		
MODO DE PAGO: _____		
COD. SIS: _____	RECIBO: _____ EXON: _____	
Fecha T - M: _____	Hora de Recepción: _____ Hora de Toma de Muestra: _____	
<b>DATOS DEL PACIENTE:</b>		
Apellidos y Nombres: _____ Edad: _____		
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____		
DNI: _____		
Diagnóstico: _____		
Procedencia: _____		
<b>PARASITOLOGÍA</b> Coarbitrio <input type="checkbox"/> Gota Gruesa <input type="checkbox"/> Heces Directo <input type="checkbox"/> Heces Sembrado <input type="checkbox"/> Test Spinzan <input type="checkbox"/> Reacción Informativa <input type="checkbox"/> *Heces en Heces <input type="checkbox"/> *Heces de Conservación <input type="checkbox"/> *Exámenes <input type="checkbox"/> <b>HEMOGLOBINA</b> Hemograma Completo <input type="checkbox"/> Hemoglobina Normocítica <input type="checkbox"/> Hemocrito <input type="checkbox"/> Recuento de Plaquetas <input type="checkbox"/> Grupo sanguíneo / Factor RH <input type="checkbox"/> Tiempo de Prothrombina <input type="checkbox"/> Tiempo de Coagulación <input type="checkbox"/> Tiempo de Sangre <input type="checkbox"/> VSG <input type="checkbox"/> Cuenta Desecho <input type="checkbox"/> Cuenta Retículo <input type="checkbox"/> Líquido Peritoneal <input type="checkbox"/> Citales LC <input type="checkbox"/> Condantes Corporales <input type="checkbox"/> Sedimento <input type="checkbox"/>	<b>MICROBIOLOGÍA</b> Cultivo de Hongos <input type="checkbox"/> Ex. Directo de Hongos <input type="checkbox"/> Urocultivo <input type="checkbox"/> Antibiograma <input type="checkbox"/> Coprocultivo <input type="checkbox"/> Cultivo Secretiones <input type="checkbox"/> Orin. SIC <input type="checkbox"/> Gaca de Secretiones <input type="checkbox"/> <b>INMUNOSEROLOGÍA</b> Aglutinación <input type="checkbox"/> Hepatitis Vir. "A" <input type="checkbox"/> Hepatitis Vir. "B" Ag. Sic. <input type="checkbox"/> Hepatitis Vir. "B" Core <input type="checkbox"/> Hepatitis Vir. "C" <input type="checkbox"/> Reguización Orin. <input type="checkbox"/> Reguización Sangre <input type="checkbox"/> Frotis Bacteriológico <input type="checkbox"/> HPR (Saliv) <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> ASO <input type="checkbox"/> Dísc. VPH <input type="checkbox"/> TORCH IgM/RH <input type="checkbox"/> TPISA <input type="checkbox"/> Toxoplasma IgG <input type="checkbox"/> Chlamydiae IgG <input type="checkbox"/>	<b>UROANALISIS</b> Ex. Completo de Orin. <input type="checkbox"/> Sedimento Urinario <input type="checkbox"/> <b>BIOQUÍMICA</b> Glucosa <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> Urea <input type="checkbox"/> Tolerancia de Glucosa <input type="checkbox"/> Creatinina Total <input type="checkbox"/> Papirglucosa <input type="checkbox"/> HIR <input type="checkbox"/> LIT <input type="checkbox"/> Bilirrubina D.F <input type="checkbox"/> FOG - TGP <input type="checkbox"/> Fosfatos Alcalinos <input type="checkbox"/> Amilasa Sérica <input type="checkbox"/> Proteasa Tumor. / Fosfofosfatasa <input type="checkbox"/> Probenurico 24 Horas <input type="checkbox"/> Hemoglobina Gasoplasma <input type="checkbox"/> Depuración Creatinina <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> Acido Úrico <input type="checkbox"/> Glucosa Post Prandial <input type="checkbox"/> Calcio <input type="checkbox"/>
OTROS: _____		
OBSERVACIONES: _____		

SALUD SEXUAL	PEDIDO DE SERVICIO N°1183	<ul style="list-style-type: none"><li>* 06 UNIDADES DE LIBRO DE SEGUIMIENTO DE GESTANTE.</li><li>* 06 UNIDADES DE LIBRO DE SEGUIMIENTO DE PP.FF.</li><li>* 06 UNIDADES DE LIBRO DE REGISTRO DE MONITORIO.</li><li>* 06 UNIDADES DE LIBRO DE REGISTRO DE ECOGRAFIA.</li><li>* 06 UNIDADES DE LIBRO DE REGISTRO DE PARTOS.</li></ul> <p>SE anexa características técnicas.</p> <p>PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>	 <p><b>GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES</b> DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE TUMBES</p> <p><b>M<sup>g</sup>. OBST. LEILY RÍOS HILKREJA</b> COORDINADORA DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</p>
--------------	---------------------------	--	---

IMPRESIONES EN GENERAL (NUMERO DE PEDIDO DE SERVICIO N°1188) - ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	
PRODUCTO	CARACTERISTICAS
LIBRO DE SEGUIMIENTO DE GESTANTE	<p>Medidas: Largo: 36 cm y Ancho: 23.5 cm.</p> <p>Son empastado carton grueso, Resistente, forrado con Marroquí o Cuertina color: guinda y la Caratula de la pasta debe ser Color Amarillo oro brillante. Impresión en hoja blanca de ambos lados, cantidad:110 hojas, logo de colores(Minsa y Estrategia) y las tablas que contiene el libro de excel debe ser: a blanco y negro</p>
LIBRO DE SEGUIMIENTO DE PPF	<p>Medidas: Largo: 36 cm y Ancho: 23.5 cm.</p> <p>Son empastado carton grueso, Resistente, forrado con Marroquí o Cuertina color: Guinda y la Caratula de la pasta debe ser Color Amarillo oro brillante. Impresión en hoja blanca de ambos lados, cantidad:110 hojas, logo de colores(Minsa y Estrategia) y las tablas que contiene el libro de excel debe ser: a blanco y negro</p>
LIBRO DE REGISTRO DE MONITOREO	<p>Medidas: Largo: 36 cm y Ancho: 23.5 cm.</p> <p>Son empastado carton grueso, Resistente, forrado con Marroquí o Cuertina color: azul y la Caratula de la pasta debe ser los logos como se indica en la imagen referencial. Impresión en hoja blanca de ambos lados, cantidad:110 hojas, logo de colores(Minsa y Estrategia) y las tablas que contiene el libro de excel debe ser: a blanco y negro</p>
LIBRO DE REGISTRO DE ECOGRAFIAS	<p>Medidas: Largo: 36 cm y Ancho: 23.5 cm.</p> <p>Son empastado carton grueso, Resistente, forrado con Marroquí o Cuertina color: Guinda y la Caratula de la pasta debe ser Color Amarillo oro brillante. Impresión en hoja blanca de ambos lados, cantidad:110 hojas, logo de colores(Minsa y Estrategia) y las tablas que contiene el libro de excel debe ser: a blanco y negro</p>
LIBRO DE REGISTRO DE PARTO	<p>Medidas: Largo: 36 cm y Ancho: 23.5 cm.</p> <p>Son empastado carton grueso, Resistente, forrado con Marroquí o Cuertina color: azul y la Caratula de la pasta debe ser Color Amarillo oro brillante. Impresión en hoja blanca de ambos lados, cantidad:110 hojas, logo de colores(Minsa y Estrategia) y las tablas que contiene el libro de excel debe ser: a blanco y negro</p>
	<p>IMAGEN REFERENCIAL</p>

DE GESTANTES Y PUERPERAS

Nº	Datos Personales			Atención Prenatal												Observaciones			
	M.º de Emergencia	Nº	M.º de Salud	E.º	G.A.	E.D.	Factores Obstétricos		Riesgo		Evaluación		Puntaje		Módulo		Método	Módulo	Módulo
							E.º	G.A.	E.º	G.A.	E.º	G.A.	E.º	G.A.					

REGISTRO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

Nº	Datos Personales			Atención Prenatal														
	Nº	M.º de Salud	M.º de Emergencia	E.º	G.A.	E.D.	Factores Obstétricos		Riesgo		Evaluación		Puntaje		Módulo	Método	Módulo	Módulo

PERU Ministerio de Salud DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES





**REGISTRO DE CONTROL DE ECOGRAFIAS**



DATOS PERSONALES								ANTECEDENTES OBSTETRICOS					ATENCIÓN ECOGRÁFICA		
Nº de Historia Clínica	FECHA	HORA	DNI	Apellidos y Nombres	Edad	Dirección	Nº TELEFÓNICO	Fórmula Obstétrica	E.G	FUR	P.P	Nº DE CPN	Nº DE ECOGRAFIA	DIAGNOSTICO	OBSERVACIONES

**DE ATENCIÓN DE PARTO**

Ministerio de Salud  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE TUMBES

N° de Parto	Nombre y Apellidos	Edu	Lugar de Procedencia	E.G.	Lugar de Atención	M	D	A	H	M	S	D	Atención del Recien Nacido		Dx. de Exceso de la In. de Parto	Dx. de Exceso de la In. de Parto	Dx. de Exceso de la In. de Parto
													Atención	Atención			
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

**LIBRO DE REGISTRO DE PARTO**

Ministerio de Salud  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE TUMBES

N° de Parto	Nombre y Apellidos	Edu	Lugar de Procedencia	E.G.	Lugar de Atención	M	D	A	H	M	S	D	Atención del Recien Nacido		Dx. de Exceso de la In. de Parto	Dx. de Exceso de la In. de Parto	Dx. de Exceso de la In. de Parto
													Atención	Atención			
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

	
<p>PEDIDO DE SERVICIO N°1406</p>	<p>* 50 Unidades Cuadernillos de hoja de control y registro de la temperatura de refrigeración.                  * 50 Unidades Cuadernillos de hoja de control y registro de la temperatura de congelación e instructivo.                  - Cantidad de hojas: 25 hojas bond a full color, cada cuadernillo, tamaño 1/2 A-4 aproximadamente.                  - Modelo: con doble ring y con soporte en folio.                   COORDINAR CON EL AREA USUARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>
<p>PEDIDO DE SERVICIO N°1422</p>	<p>* 1500 Unidades CARNET DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO.                  * 1500 Unidades CARNET DE ATENCION INTEGRAL DE LA NIÑA.                  MATERIAL BRISTOL DE 150G., FULL COLOR.                   COORDINAR CON EL AREA USUARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>

**MINISTERIO DE SALUD**  
**CAMPE DE ENTRENAMIENTO INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA MENOR DE 3 AÑOS**  
**ACTIVIDAD 1**

**ALUMNA**  
**EDAD**  
**FECHA**

**TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LA NIÑA DE 1 A 30 MESES DE EDAD**

**BELEZONA**  
 EN 3 AÑOS LA NIÑA DEBE HABER DESARROLLADO PSICOMOTORIZACIONES

Edad (Meses)	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
12	[Ilustración]											
18	[Ilustración]											
24	[Ilustración]											
30	[Ilustración]											

**MONITOREO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA**

Área	Indicador	Observaciones
Atención Primaria	Atención Integral	
	Atención Médica	
	Atención Psicológica	
	Atención Social	
Atención Secundaria	Atención Médica	
	Atención Psicológica	
	Atención Social	
	Atención Educativa	
Atención Terciaria	Atención Médica	
	Atención Psicológica	
	Atención Social	
	Atención Educativa	



**MINISTERIO DE SALUD**  
**CARE DE INTEGRACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LOS NIÑOS DE 3 AÑOS**

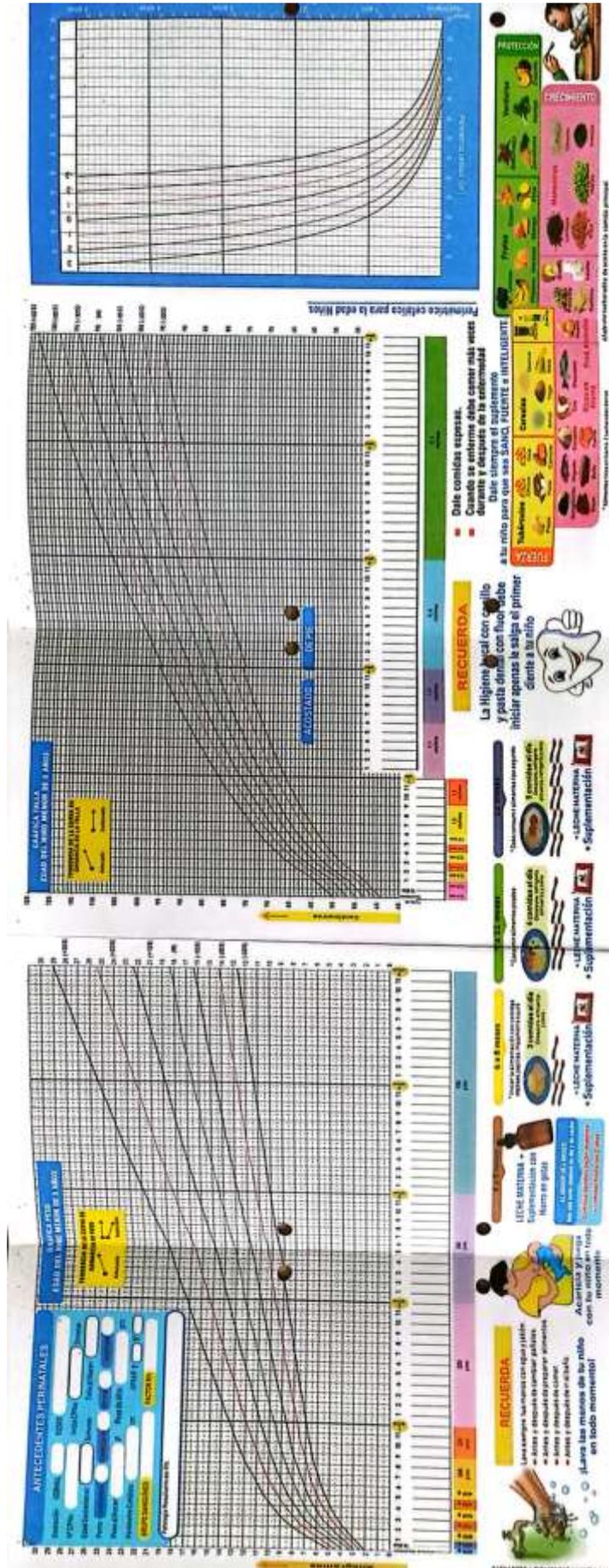
**CONTROL INTEGRAL DEL NIÑO**

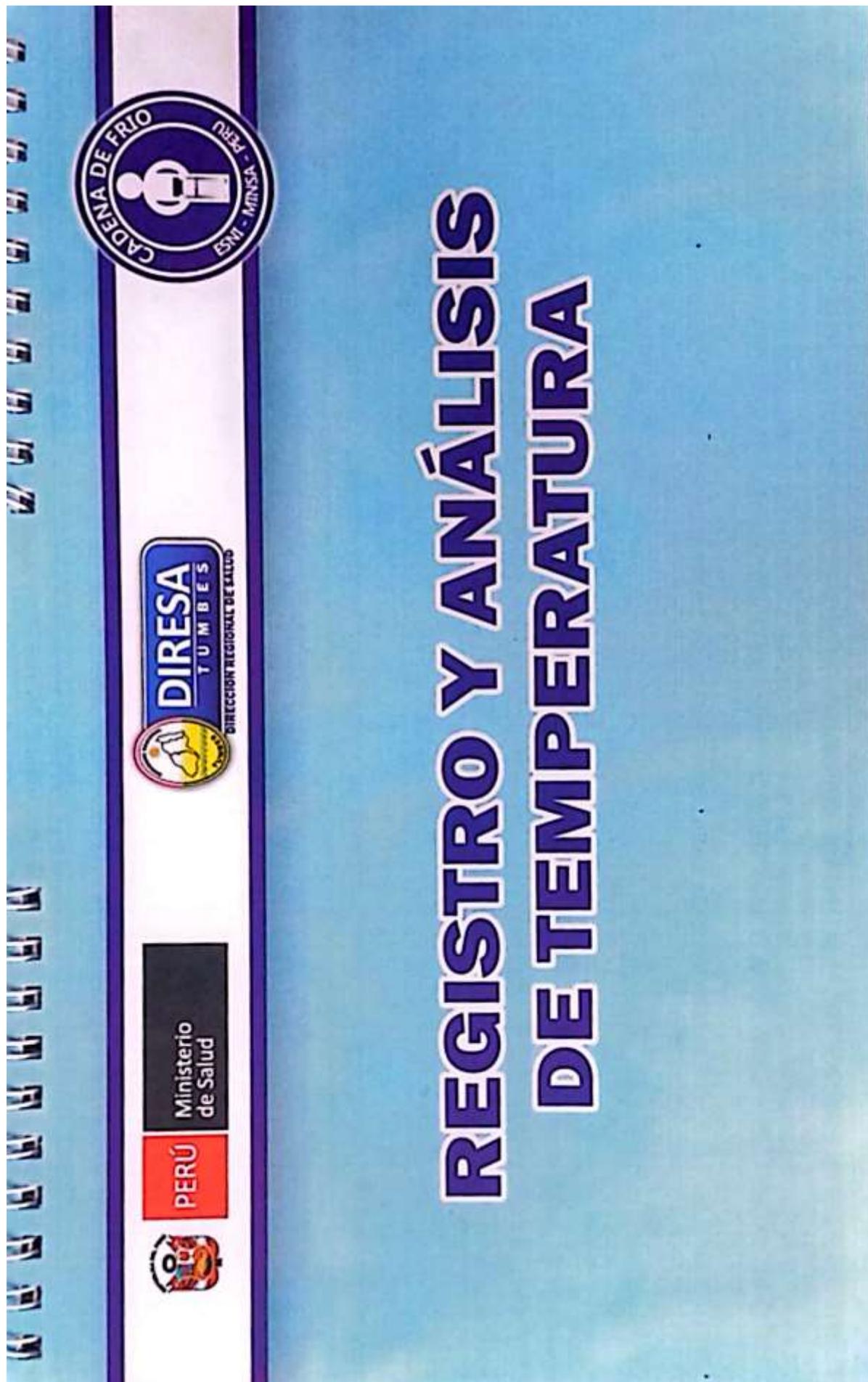
**TEST PERIÓDICO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO DE 1 A 30 MESES DE EDAD**

**TEST PERIÓDICO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD**

**INDICADORES DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO**

Indicador	Definición	Unidad de Medida	Forma de Medición	Instrumento	Responsable	Frecuencia
1. Estado de salud	Estado de salud del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
2. Estado nutricional	Estado nutricional del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
3. Estado de desarrollo	Estado de desarrollo del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
4. Estado de vacunación	Estado de vacunación del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
5. Estado de higiene personal	Estado de higiene personal del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
6. Estado de higiene ambiental	Estado de higiene ambiental del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
7. Estado de higiene del agua	Estado de higiene del agua del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
8. Estado de higiene de los alimentos	Estado de higiene de los alimentos del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
9. Estado de higiene de los juguetes	Estado de higiene de los juguetes del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
10. Estado de higiene de los ambientes	Estado de higiene de los ambientes del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
11. Estado de higiene de los servicios	Estado de higiene de los servicios del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
12. Estado de higiene de los espacios	Estado de higiene de los espacios del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
13. Estado de higiene de los objetos	Estado de higiene de los objetos del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
14. Estado de higiene de los animales	Estado de higiene de los animales del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
15. Estado de higiene de los vehículos	Estado de higiene de los vehículos del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
16. Estado de higiene de los muebles	Estado de higiene de los muebles del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
17. Estado de higiene de los electrodomésticos	Estado de higiene de los electrodomésticos del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
18. Estado de higiene de los utensilios	Estado de higiene de los utensilios del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
19. Estado de higiene de los insumos	Estado de higiene de los insumos del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
20. Estado de higiene de los productos	Estado de higiene de los productos del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
21. Estado de higiene de los materiales	Estado de higiene de los materiales del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
22. Estado de higiene de los residuos	Estado de higiene de los residuos del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
23. Estado de higiene de los desechos	Estado de higiene de los desechos del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
24. Estado de higiene de los excrementos	Estado de higiene de los excrementos del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
25. Estado de higiene de los orines	Estado de higiene de los orines del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
26. Estado de higiene de los sudores	Estado de higiene de los sudores del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
27. Estado de higiene de los lágrimas	Estado de higiene de las lágrimas del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
28. Estado de higiene de los secreciones	Estado de higiene de las secreciones del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
29. Estado de higiene de los fluidos	Estado de higiene de los fluidos del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
30. Estado de higiene de los tejidos	Estado de higiene de los tejidos del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
31. Estado de higiene de los órganos	Estado de higiene de los órganos del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
32. Estado de higiene de los sistemas	Estado de higiene de los sistemas del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
33. Estado de higiene de los aparatos	Estado de higiene de los aparatos del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
34. Estado de higiene de los órganos de los sentidos	Estado de higiene de los órganos de los sentidos del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
35. Estado de higiene de los órganos de la locomoción	Estado de higiene de los órganos de la locomoción del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
36. Estado de higiene de los órganos de la reproducción	Estado de higiene de los órganos de la reproducción del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
37. Estado de higiene de los órganos de la respiración	Estado de higiene de los órganos de la respiración del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
38. Estado de higiene de los órganos de la digestión	Estado de higiene de los órganos de la digestión del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
39. Estado de higiene de los órganos de la circulación	Estado de higiene de los órganos de la circulación del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
40. Estado de higiene de los órganos de la excreción	Estado de higiene de los órganos de la excreción del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
41. Estado de higiene de los órganos de la defensa	Estado de higiene de los órganos de la defensa del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
42. Estado de higiene de los órganos de la regulación	Estado de higiene de los órganos de la regulación del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
43. Estado de higiene de los órganos de la integración	Estado de higiene de los órganos de la integración del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
44. Estado de higiene de los órganos de la adaptación	Estado de higiene de los órganos de la adaptación del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año
45. Estado de higiene de los órganos de la supervivencia	Estado de higiene de los órganos de la supervivencia del niño	Presencia/Ausencia	Visualización	Historia Clínica	Profesional de Salud	Al menos una vez al año





### HOJA DE CONTROL Y REGISTRO DIARIO DE LA TEMPERATURA DE CONGELACIÓN E INSTRUCTIVO

**Congelador N°**  
 Eléctrico  Solar  
**Marca:** \_\_\_\_\_  
**Modelo:** \_\_\_\_\_  
**Capacidad (Litros):** \_\_\_\_\_  
**Cod. Patrimonial:** \_\_\_\_\_

**Termostato**  
 calibrado en el Nro.   
verificar antes de partir de control en las terminales

**Control de Temperatura con Termómetro**  
 Digital del equipo  Digital Externo  
 Alcohol  Otro: \_\_\_\_\_

**Turno**  
 Mañana 8am - 2pm  
 Tarde 2pm - 8pm

**Dresa:** \_\_\_\_\_  
**Red:** \_\_\_\_\_  
**Municipio:** \_\_\_\_\_  
**Establecimiento:** \_\_\_\_\_  
**Responsable del Control:** \_\_\_\_\_  
**Fecha:** / /

Registro de Temperatura		Día		Mes																														
		Control al Entrar	Control al Salir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Grafica de Temperatura	Faltas	-10		Tomar acción inmediata si la temperatura está en la sección sombreada																														
		-10.5																																
		-11																																
		-11.5																																
		-12																																
	Alerta	-12.5																																
		-13																																
		-13.5																																
		-14																																
		-14.5																																
Cálculo	-15																																	
	-15.5																																	
	-16																																	
	-16.5																																	
	-17																																	
Cálculo	-17.5																																	
	-18																																	
	-18.5																																	
	-19																																	
	-19.5																																	
Cálculo	-20																																	
	-20.5																																	
	-21																																	
	-21.5																																	
	-22																																	

### HOJA DE CONTROL Y REGISTRO DIARIO DE LA TEMPERATURA DE REFRIGERACIÓN

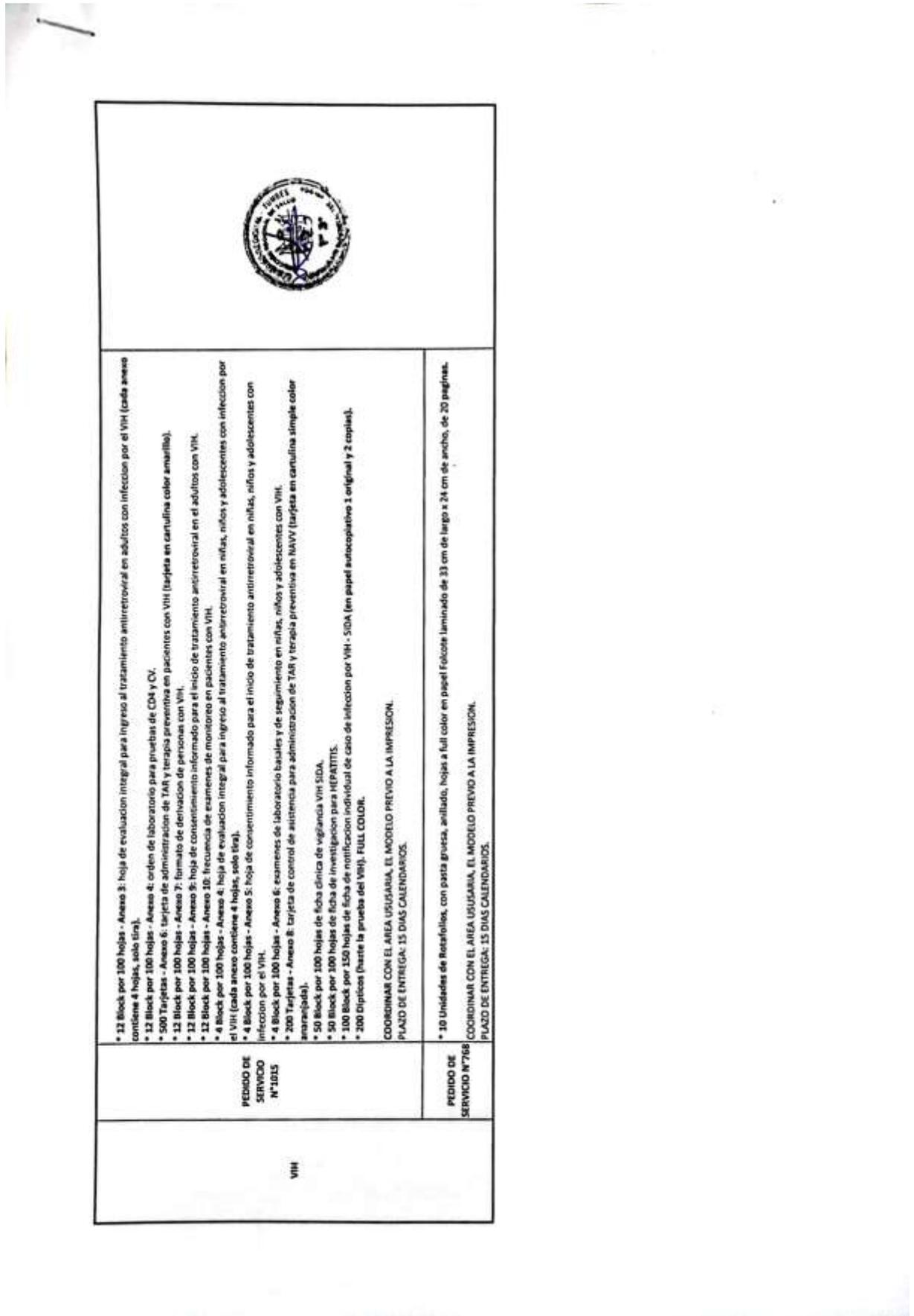
Refrigerador N°: _____ <input type="checkbox"/> Jira Lite <input type="checkbox"/> Galvict <input type="checkbox"/> Solar <input type="checkbox"/> Domestico		Termostato calibrado el N° _____ <small>Verificar datos de punto de control de temperatura</small>	Plan de Contingencia <input type="checkbox"/> Caja Transportadora <input type="checkbox"/> Termo Modelo: _____ Marca: _____	Dirección: _____ Red: _____ Microred: _____ Establecimiento: _____ Responsable del Control: _____
Capacidad (Litros): _____ Cod. Patrimonial: _____		Termómetro: <input type="checkbox"/> Digital <input type="checkbox"/> Alcohol	M= Mañana T= Tarde Fecha = / /	

Registro de Temperatura		Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
		Mañana																																		
Temperatura Ambiental		Turno	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
Gráfica de Temperatura	12	Tomar acción inmediata si la temperatura está en la sección sombreada																																		
	11.5																																			
	11																																			
	10.5																																			
	10																																			
	9.5																																			
	9																																			
	8.5																																			
	8																																			
	7.5																																			
Alergia	7																																			
Distorsión de Temperatura	6.5																																			
Calibración	6																																			
Alerta	5.5																																			
Calibración	5																																			
Alerta	4.5																																			
Oscilación	4																																			
temperatura	3.5																																			
Alerta	3																																			
mas Calibrada	2.5																																			
	2																																			
	1.5																																			
	1																																			
	0.5																																			
Peligro	0																																			
Ruptura de	-0.5																																			
Cadena de	-1																																			
Frio	-1.5																																			
	-2																																			

Gas	Cambio de Balón																															
Solar	Carga de Controlador																															
Plan de Contingencia	Cambio de Paquetes N° Paquetes																															



		<p style="text-align: center;"><b>VIIH</b></p>
<p><b>PEDIDO DE SERVICIO N°1015</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 12 Bloques por 100 hojas - Anexo 3: hoja de evaluación integral para ingreso al tratamiento antirretroviral en adultos con infección por el VIH (cada anexo contiene 4 hojas, solo tinta).</li> <li>* 12 Bloques por 100 hojas - Anexo 4: orden de laboratorio para pruebas de CD4 y CV.</li> <li>* 12 Tarjetas - Anexo 6: tarjeta de administración de TAR y terapia preventiva en pacientes con VIH (tarjeta en cartulina color amarillo).</li> <li>* 12 Bloques por 100 hojas - Anexo 7: formato de derivación de personas con VIH.</li> <li>* 12 Bloques por 100 hojas - Anexo 9: hoja de consentimiento informado para el inicio de tratamiento antirretroviral en el adulto con VIH.</li> <li>* 12 Bloques por 100 hojas - Anexo 10: frecuencia de exámenes de monitoreo en pacientes con VIH.</li> <li>* 4 Bloques por 100 hojas - Anexo 4: hoja de evaluación integral para ingreso al tratamiento antirretroviral en niñas, niños y adolescentes con infección por el VIH (cada anexo contiene 4 hojas, solo tinta).</li> <li>* 4 Bloques por 100 hojas - Anexo 5: hoja de consentimiento informado para el inicio de tratamiento antirretroviral en niñas, niños y adolescentes con infección por el VIH.</li> <li>* 4 Bloques por 100 hojas - Anexo 6: exámenes de laboratorio basales y de seguimiento en niñas, niños y adolescentes con VIH.</li> <li>* 200 Tarjetas - Anexo 8: tarjeta de control de asistencia para administración de TAR y terapia preventiva en HIVV (tarjeta en cartulina simple color amarillada).</li> <li>* 50 Bloques por 100 hojas de ficha clínica de vigilancia VIH SIDA.</li> <li>* 50 Bloques por 100 hojas de ficha de investigación para HEPATITIS.</li> <li>* 100 Bloques por 150 hojas de ficha de notificación individual de caso de infección por VIH - SIDA (en papel autocopiativo 1 original y 2 copias).</li> <li>* 200 Duplicados (hasta la prueba del VIH). FULL COLOR.</li> </ul> <p>COORDINAR CON EL AREA USUARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>	<p><b>PEDIDO DE SERVICIO N°768</b></p> <p>* 10 Unidades de Rotafolios, con pasta gruesa, acilado, hojas a full color en papel Foliole laminado de 33 cm de largo x 24 cm de ancho, de 20 páginas.                  COORDINAR CON EL AREA USUARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>

**PERU** Ministerio de Salud  
 Dirección Regional de Salud Tumbes

ESTRATEGIA OPERATIVA REGIONAL DE  
 PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS-VIH /SIDA

### ANEXO 3: HOJA DE EVALUACIÓN INTEGRAL PARA INGRESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADULTOS CON INFECCIÓN POR EL VIH

**I. DATOS DE FILIACION:**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		D.N.I.	H.C.

Fecha Nacimiento	Edad	Sexo		Grupo Étnico	Grado de Instrucción	Lugar de Nacimiento	Lugar de Procedencia
/ /		M	F				

Dirección		Distrito	Referencia del domicilio

**II. ANTECEDENTES**

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Prueba de tamizaje	Prueba confirmatoria	Grupo poblacional					Forma de transmisión					
		HSH	TRANS	TS	PG	Otros:	Sexual	Sanguinea	TM	Otra		
/ /	/ /											

Habitos Nocivos:	Alcohol		Tabaco		Drogas	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO

**III. EVALUACION CLINICA**

**INFECCIONES OPORTUNISTAS/CO-MORBILIDADES (Ultimo año)**

Enfermedad	Fecha de Dx.	Activa		Tratamiento recibido	EESS
		SI	NO		

**TERAPIA PREVENTIVA**

TP TMP/SMX	NO	SI	Fecha de inicio	Observaciones

TP TB	NO	SI	Fecha de inicio	Fecha de Fin	Observaciones

**EXAMEN FÍSICO**

Peso (Kg)	Talla (cm)	Examen Físico	
		N	A
Describir lo patológico			

**ANTECEDENTE DE USO DE ARV :**

NO	SI	Lugar	Esquema	Periodo

Basales	Fecha	TAR DE INICIO

**IV. ENTREVISTA DE ENFERMERIA.**

**CONSIDERACIONES PARA LA ADHERENCIA** (Valoración aplicable al apoderado y/o paciente)

El personal de Enfermería indagará sobre los factores que se relacionen con una adecuada adherencia al TAR para definir los diagnósticos de enfermería y/o conduciendo al paciente a proponer sus propias soluciones.

**Diagnóstico:** Explore si el paciente conoce su diagnóstico y el proceso de la infección.

**TAR:** Explore los conocimientos del paciente sobre el TAR.

**Soporte familiar:** Explore si cuenta con soporte familiar o de pareja, si ha compartido su diagnóstico, principales preocupaciones y/o temores.

**Otros.**

**AGENTE DE SOPORTE PERSONAL (ASP)**

Nombre y Apellidos		Género	M	F	Otros:
Domicilio		Teléfono:			

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA<sup>a</sup>.**

Marcar el o los diagnósticos de Enfermería según cada caso, serán identificados en el apoderado y/o en el paciente.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fracaso al tratamiento relacionado a la mala adherencia. <sup>b</sup>  | <input type="checkbox"/> Inadecuada disposición para la aceptación del diagnóstico. <sup>a</sup>   |
| <input type="checkbox"/> Insomnio relacionado al tratamiento antirretroviral. <sup>b</sup>  | <input type="checkbox"/> Inadecuada disposición para mejorar los conocimientos. <sup>a,b</sup>   |
| <input type="checkbox"/> Protección ineficaz relacionado a trastorno inmunitario por VIH (hacinamiento, mala higiene, mala alimentación, entre otros). <sup>a,b</sup> | <input type="checkbox"/> Inadecuada disposición para mejorar el autocuidado (mala higiene, mala alimentación, entre otros). <sup>a,b</sup>                 |
| <input type="checkbox"/> Incumplimiento del TAR relacionado con motivación insuficiente, creencias de salud incongruentes, entre otros. <sup>b</sup>                  | <input type="checkbox"/> Conocimientos deficientes relacionados a la infección por VIH/SIDA (creencias, información inadecuada, entre otros). <sup>a</sup> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Interrupción de la lactancia materna relacionado con enfermedad de la madre infectada por VIH. <sup>a</sup>                       | <input type="checkbox"/> Riesgo de infección relacionado a exposición a patógenos, (vacunación inadecuada o malnutrición). <sup>a,b</sup>                  |
|   | <input type="checkbox"/> Inadecuado apoyo social (familiar o del estado) para la adherencia. <sup>a,b</sup>  |
|   | <input type="checkbox"/> Otros _____   |

<sup>a</sup> Diagnósticos para pacientes nuevos, <sup>b</sup> Diagnósticos para pacientes continuadores

Fuente: Adaptado de Nanda Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y clasificación, 2018-2020

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

--	--

V. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.			
Observación durante la evaluación			
Percepciones del paciente sobre TAR:		Favorable	Desfavorable
Resultados de evaluación			
1. ¿Conoce su diagnóstico? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
2. Proceso de aceptación del diagnóstico			
		Descripción	
Conocimiento sobre VIH			
¿Quién se lo dijo?			
¿Cómo se lo dijeron?			
¿Qué pasó después de conocer su diagnóstico?			
		Descripción	
(a) Negación			
(b) Ira			
(c) Negociación			
(d) Depresión			
(e) Aceptación			
3. Actitud con respecto al TAR			
4. Principales Aspectos Cognitivos			
5. Principales Aspectos Emocionales			
6. Indicadores Psicopatológicos			
Conclusión Diagnóstica:			
Plan de Seguimiento			
		Fecha/Firma y Sello del Psicólogo	
VI. EVALUACION DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.			
Consideraciones generales			
El personal de obstetricia indagará sobre los factores relacionados a la salud sexual y reproductiva del paciente, generando espacios de comunicación fluida y de confianza para atender temas de su desarrollo sexual.			
Cuestionario		SI	NO
1. ¿Ha tenido relaciones sexuales?			
		ESPECIFIQUE	



5 ¿Conoce de métodos anticonceptivos?			
6 ¿Actualmente usa algún método anticonceptivo?			
7 ¿Alguna vez ha tenido o tiene síntomas de ITS (flujo vaginal, úlceras/lagas en los genitales, etc)?			
8 ¿Alguna vez a sido agredida(o) física o psicológicamente por su pareja u otra persona importante para Usted? (Aplicar ficha de tamizaje de violencia basada en género)			
9 ¿Conoce sobre prevención de cáncer de cuello uterino y de mamas?			

**Conclusión diagnóstica**

---



---

**Plan de Seguimiento**

---



---



---



---

Fecha/Firma y Sello de la Obstetra

**VII. EVALUACION SOCIAL:** Enfatizar la información relacionada a los contactos en riesgo de VIH

PAI NT ESCO	NOMBRES Y APELLIDOS (EDAD)	Conoce su diagnóstico?			OBSERVACIONES
		SI	NO	NO SABE	
		SI	NO	NO SABE	
		SI	NO	NO SABE	
		SI	NO	NO SABE	
		SI	NO	NO SABE	
		SI	NO	NO SABE	

BARRERAS Y FACILITADORES SOCIALES	SI	NO	ESPECIFIQUE
1. ¿Tiene dificultades para transportarse al hospital?			
2. ¿Tiene dificultades para venir al hospital debido a su trabajo o estudios?			
3. ¿Tiene dificultades para pagar sus citas, medicamentos o exámenes de laboratorio?			
4. ¿Tiene dificultades para conseguir buenos alimentos en cantidad suficiente?			
5. ¿Tiene o ha tenido antecedentes judiciales, penales o policiales?			
6. ¿Ha sido rechazado por su familia debido a su diagnóstico de VIH?			
7. ¿Le preocupa ser visto por personas conocidas en el hospital?			
8. ¿Recibe apoyo de alguna institución, organización o programa social?			
9. ¿Alguna vez ha realizado trabajo sexual?			
10. ¿Tiene dificultades para hacer sus actividades debido a alguna discapacidad física o mental?			

**DIAGNOSTICO SOCIAL:**

**Pre - diagnóstico**

---



---

**Diagnóstico social**

<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con bajos ingresos (Z59.6)	
<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con pobreza extrema (Z59.5)	
<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con desempleo (Z59.0)	
<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con vivienda inadecuada (Z59.1)	
<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con soporte socio-familiar (Z63.2)	
<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados con exclusión y rechazo social (Z63.4)	

ANEXO 4

ORDEN DE LABORATORIO PARA PRUEBAS DE CD4 Y CV



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD



Ministerio de Salud



ORDEN DE LABORATORIO DE PRUEBAS DE MONITOREO PARA CD4 Y CV EN VIH

Nombre completo del paciente:					
DIRESA/GERESA	EE.SS.	DNI	Fecha de Nacimiento	Fecha de Solicitud	
			/ /	/ /	
Gestante	Semana de Gestación	HSH	TS	Adolescente	
PPL	Niño	Indígena Amazónico	PG	TRANS	
Prueba solicitada	Recuento de linfocitos CD4/CD8 por citometría de flujo			( )	
	Determinación de carga viral para VIH			( )	

Motivo de solicitud	Paciente recién diagnosticado VIH	( )
	Seguimiento y Evaluación para inicio de TAR	( )
	Control periódico con TAR	( )

HORA Y FECHA DE OBTENCIÓN MUESTRA \_\_\_\_\_

FECHA DE ENVÍO DE MUESTRA \_\_\_\_\_

ANEXO 6

ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE  
 PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS-VIH /SIDA



TARJETA DE ADMINISTRACIÓN DE TAR Y TERAPIA PREVENTIVA EN PACIENTES CON VIH

DE SALUD: \_\_\_\_\_ Nº DE CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 CENTRO DE SALUD: \_\_\_\_\_ DMI: \_\_\_\_\_  
 APELLIDOS: \_\_\_\_\_ SEXO: M / F: \_\_\_\_\_ F. INGRESO A TAR: \_\_\_\_\_  
 DISTRITO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ GRUPO ÉTNICO: \_\_\_\_\_

ATENCIÓN OVIERTALES		Nº MEDICAMENTOS ENTREGADOS	Nº DOSIS TOTAL/DÍA														
PREVENTIVA																	
ACCIÓN																	
ACCIONES																	

**ANEXO 7**

**FORMATO DE DERIVACIÓN DE PERSONAS CON VIH**



DE C.S. ( ) C.M.I. ( ) HOSP. ( ) EsSalud ( ) OTRO ( ) \_\_\_\_\_

AL C.S. ( ) C.M.I. ( ) HOSP. ( ) EsSalud ( ) OTRO ( ) \_\_\_\_\_

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

- I. MOTIVOS DE LA DERIVACIÓN:**
- 1. SEGUIMIENTO Y ADMINISTRACIÓN DE TTO. ( )
  - 2. REQUIERE EVALUACIÓN ESPECIALIZADA ( )
  - 3. INGRESA O EGRESA DE ESSALUD ( )
  - 4. OTROS (Especifique) \_\_\_\_\_ ( )

**II. RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA:**

a. Fecha de Diagnóstico (Adjuntar copias de los exámenes)  
 1er Tamizaje reactivo VIH \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Prueba Confirmatoria \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (PR, Elisa, IFI, etc)

**b. Historia de Enfermedades Oportunistas (EO)**

N°	EO	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Terapéutica	Evolución

**c. Terapia Preventiva (TP)**

N°	Esquemas de TP	Fecha de Inicio	Fecha Término	Observaciones
1	TMP/SMX			
2	Isoniacida (INH)			
3	Otros			

**d. Laboratorio**

Tamizaje	Fecha	Resultados
Sifilis		
Hepatitis B		
Hepatitis C		

**e. Monitoreo CD4 y CV (Últimos tres controles)**

	Resultado	FECHAS	Resultado	FECHAS	Resultado	FECHAS
CV						
CD4						

**f. Tratamiento Antirretroviral recibido (últimos esquemas)**

Esquema de tratamiento	Fecha de inicio	Fecha término	Efectos adversos	Observaciones

**III. OTROS DE IMPORTANCIA (Duración el TAR, otras enfermedades, egreso actual, etc)**

\_\_\_\_\_

**IV. COMENTARIOS ADICIONALES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma y sello del responsable

\_\_\_\_\_  
 Firma y sello del responsable  
 del establecimiento que recibe



### ANEXO 9

#### HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL ADULTO CON VIH

Usted ha sido diagnosticado de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), y según las normas actuales del Ministerio de Salud, debe iniciar el Tratamiento Antirretroviral (TAR), ya que ello beneficiará a su salud.

El TAR disminuye la cantidad del virus en su sangre, mejorando su sistema de defensas (inmunológico) y, por tanto, disminuyendo la probabilidad que usted enferme, mejorando así su calidad y esperanza de vida.

Sin embargo, el uso del TAR, al igual que cualquier tratamiento médico, puede ocasionar algunos efectos adversos, los cuales serán explicados por el equipo de salud. Le solicitamos que de presentar algún malestar relacionado con la toma del TAR, se comunique y acuda inmediatamente al establecimiento de salud para atenderlo oportunamente.

Actualmente, el Ministerio de Salud ofrece gratuitamente este tratamiento a las personas con VIH. Su médico le explicará con todo detalle el proceso para el inicio del TAR, y usted es totalmente libre de formular todas las preguntas que desee.

Hasta el momento, el TAR es el único tratamiento que ha demostrado ser eficaz para detener el avance de la enfermedad, siempre y cuando cumpla estrictamente con tomar las medicinas de acuerdo a las indicaciones y horarios recomendados.

Usted, al aceptar el inicio del TAR, también se compromete a cumplir con asistir a las citas programadas, y tomar los medicamentos de acuerdo a lo recomendado por el equipo de salud.

Es importante para el equipo de salud que cumpla con las citas establecidas. Si usted no acude a una cita programada, el personal de salud hará todos los esfuerzos para tratar de ubicarlo y conocer su estado de salud. Eso implica que podrán ir a visitarlo a su domicilio, llamarlo por teléfono, enviarle un correo electrónico u otras formas de contacto, siempre cuidando la confidencialidad de su diagnóstico.

Una vez que hayan resuelto todas sus dudas y acepta iniciar el TAR, usted debe firmar este consentimiento informado.

Dejo constancia que he leído el contenido de este Consentimiento Informado, que he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas y que han sido respondidas satisfactoriamente. He decidido iniciar el TAR, tomar los medicamentos de acuerdo a las indicaciones y horarios recomendados y acudir a las citas programadas. Asimismo, declaro no encontrarme recibiendo TAR en otra institución del Perú o del extranjero.

.....  
Nombres y apellidos del paciente\*

.....  
Fecha y firma

.....  
Nombres y apellidos del médico tratante

.....  
Fecha y firma



\*En situaciones en las que el paciente tenga discapacidad física o mental para la firma del consentimiento informado, este deberá ser realizado por el familiar directo o

ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS-VIH / SIDA



ANEXO 10  
FRECUENCIA DE EXAMENES DE MONITOREO EN PACIENTES CON VIH

Exámenes de Laboratorio	Pre TAR	3m	6m	12m	Cada 12 meses a partir del 2do año	Después de cada cambio de esquema	Observaciones
Examen de laboratorio de serología y examen físico Examen de la adherencia	X	X	X	X	X	X	Carga viral al 3er y 6to mes en el primer año. Adicionalmente a las 9 semanas. Después de cambio de esquema ARVs. Opciones en pacientes con CD4 < 500 cel/ml y con los CV indetectables
Examen de CD4	X	X	X	X	X	X	
Gramina	X	X	X	X	X	X	
Su	X	X	X	X	X	X	
Urina	X	X	X	X	X	X	
Examen de Orina	X	X	X	X	X	X	
Lipídico	X	X	X	X	X	X	Si el paciente no cuenta con perfil lipídico esto no debe demorar el inicio de TAR. Cada 6 meses. Si paciente no ha sido vacunado.
Examen de superficie	X	X	X	X	X	X	Colocar vacunación para hepatitis B en pacientes que sean negativos para el anticóscoro total para hepatitis B.
Examen total hepatitis B	X	X	X	X	X	X	Considerar adicionales en síntomas respiratorios.
Exámenes para hepatitis C	X	X	X	X	X	X	Considerar muestras adicionales en síntomas respiratorios.
Esografía de torax	X	X	X	X	X	X	Test adicionales en situaciones de síntomas
Exámenes en esputo (2)	X	X	X	X	X	X	
Examen de Embarazo	X	X	X	X	X	X	
Exámenes grafías mujeres de 50-65a	X	X	X	X	X	X	Cada 3 años



ANEXO 4

HOJA DE EVALUACIÓN INTEGRAL PARA EL INGRESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR VIH (HOJA I)

HOJA DE EVALUACIÓN INTEGRAL PARA EL INGRESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR VIH												
<b>I. DATOS DE FILIACION:</b>												
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres			D.N.I.		H.C.	
Fecha Nacimiento		Edad	Sexo		Grupo Étnico	Grado de Instrucción		Lugar de Nacimiento		Lugar de Procedencia		
/ /			M F									
Nombre y Apellidos del Padre/Tutor				Teléfonos		Dirección			Distrito			
Referencia del domicilio												
<b>II. ANTECEDENTES</b>												
<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>												
Prueba tamizaje		Prueba confirmatoria (Marque una sola)				Fecha		Grupo poblacional*				
/ /		IFI	CV	PCR		/ /		HSH	TRANS	TS	PG	Otros:
Forma de transmisión			Hábitos Nocivos:			Alcohol*		Tabaco*		Drogas*		* Excluido en el caso de adolescentes.
Sexual	TM <sup>1</sup>	Otra :				SI	NO	SI	NO	SI	NO	TM <sup>1</sup> : Transmisión materno infantil
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES DE IMPORTANCIA</b>												
Madre en TAR		NO	SI	EESS donde recibe TAR								
Contactos de TB:		NO	SI	EESS donde recibe tratamiento anti TB								
Otros:												
<b>III. EVALUACION CLINICA</b>												
<b>INFECCIONES OPORTUNISTAS/CO-MORBILIDADES (Ultimo año)</b>												
Enfermedad			Fecha de Dx.		Activa		Tratamiento recibido		EESS			
					SI NO							
<b>TERAPIA PREVENTIVA</b>												
VACUNACION		¿Inició vacunación?		SI	No	¿Recibe vacunación regular según edad?		No	SI	Adjuntar copia de carné de vacunación.		
TP TMP/SMX		NO	SI	Fecha de Inicio		Observaciones:						
TP TB		NO	SI	Fecha de Inicio		Fecha de Fin.		Observaciones:				
<b>EXAMEN FÍSICO</b>												
Peso (Kg)		Talla (cm)		Examen Físico								
				N	A	Describir lo patológico:						
<b>ANTECEDENTE DE USO DE ARV:</b>												
NO	SI	Lugar				Esquema			Periodo			
Becarios		Fecha		TAR DE INICIO								
CD4												
CV												
Fecha/Firma y Sello del Médico Tratante												

<b>IV. ENTREVISTA DE ENFERMERIA.</b>				
<b>CONSIDERACIONES PARA LA ADHERENCIA</b> (Valoración aplicable al apoderado y/o paciente)				
El personal de Enfermería indagará sobre los factores que se relacionen con una adecuada adherencia al TAR para definir los diagnósticos de enfermería y/o conduciendo al paciente a proponer sus propias soluciones:				
Diagnóstico: Explore si el niño o adolescente conoce su diagnóstico y si el apoderado conoce el proceso de la infección.				
TAR: Explore los conocimientos del Padre/tutor del niño o adolescente sobre el TAR.				
Soporte familiar: Explore si cuenta con soporte familiar o de pareja, si ha compartido su diagnóstico, principales preocupaciones y/o temores.				
Otros:				
<b>AGENTE DE SOPORTE PERSONAL (ASP)</b>				
Nombre y Apellidos	Género	M	F	Otros:
Domicilio	Teléfono:			
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA<sup>2</sup></b>				
Marcar el o los diagnósticos de Enfermería según cada caso. Serán identificados en el apoderado y/o en el paciente.				
<input type="checkbox"/> Conocimientos deficientes relacionados a la infección por VIH/SIDA (creencias, información inadecuada, entre otros) <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> Protección ineficaz relacionado a trastorno inmunitario por VIH (hacinamiento, mala higiene, mala alimentación, entre otros) <sup>a,b</sup>			
<input type="checkbox"/> Inadecuada disposición para la aceptación del diagnóstico. <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> Insomnio relacionado al tratamiento antirretroviral <sup>b</sup>			
<input type="checkbox"/> Inadecuada disposición para mejorar los conocimientos. <sup>a,b</sup>	<input type="checkbox"/> Inadecuado apoyo social (familiar o del estado) para la adherencia. <sup>a,b</sup>			
<input type="checkbox"/> Inadecuada disposición para mejorar el autocuidado (mala higiene, mala alimentación, entre otros) <sup>a,b</sup>	<input type="checkbox"/> Incumplimiento del TAR relacionado con motivación insuficiente, creencias de salud incongruentes, entre otros <sup>a</sup>			
<input type="checkbox"/> Interrupción de la lactancia materna relacionado con enfermedad de la madre infectada por VIH <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/> Otros			
<input type="checkbox"/> Riesgo de infección relacionado a exposición a patógenos, (vacunación inadecuada o malnutrición) <sup>a,b</sup>	<input type="checkbox"/> Otros			
<small>a. Diagnósticos para pacientes nuevos. b. Diagnósticos para pacientes continuadores</small>				
<small><sup>2</sup>Fuente: Adaptado de Nanda Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y clasificación. 2018-2020</small>				
<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA</b>				
	<b>Fecha/Firma y Sello de la Enfermera</b>			

V. EVALUACION PSICOLOGICA. (Dirigida a adolescentes, padres y/o tutores de niños)			
Observación durante la evaluación			
Percepciones del Padre/tutor sobre TAR:			
Favorable			Desfavorable
Resultados de evaluación			
1. ¿Conoce su diagnóstico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
2. Proceso de aceptación del diagnóstico			
<b>Para niños/Adolescentes</b>	Descripción		
Conocimiento sobre VIH			
¿Quién se lo dijo?			
¿Cómo se lo dijeron?			
¿Qué pasó después de conocer su diagnóstico?			
<b>Para Adolescentes</b>	Descripción		
(a) Negación			
(b) Ira			
(c) Negociación			
(d) Depresión			
(e) Aceptación			
3. Actitud con respecto al TAR			
4. Principales Aspectos Cognitivos			
5. Principales Aspectos Emocionales			
6. Indicadores Psicopatológicos			
Conclusión Diagnóstica:			
Plan de Seguimiento			
			Fecha/Firma y Sello del Psicólogo
<b>VI. EVALUACION DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES.</b>			
Consideraciones generales (Valoración aplicable al adolescente)			
El personal de obstetricia indagará sobre los factores relacionados a la salud sexual y reproductiva del adolescente, generando espacios de comunicación fluida y de confianza para atender temas de su desarrollo sexual.			
Cuestionario	SI	NO	ESPECIFIQUE
1. ¿Ha tenido relaciones sexuales?			
2. ¿Cuántas parejas sexuales a tenido a la fecha?			
3. ¿Actualmente tiene pareja(s) sexual (es)?			
4. ¿Usa correctamente preservativos en sus relaciones sexuales?			

5. ¿Conoce de métodos anticonceptivos?					
6. ¿Actualmente usa algún método anticonceptivo?					
7. ¿Alguna vez ha tenido o tiene síntomas de ITS (flujo vaginal, úlceras/flegas en los genitales, etc)?					
8. ¿Alguna vez a sido agredida(o) física o psicológicamente por su pareja u otra persona importante para Usted?. (Aplicar ficha de tamizaje de violencia basada en género)					
9. ¿Conoce sobre prevención de cáncer de cuello uterino y de mamas?					
<b>Conclusión diagnóstica</b>					
<b>Plan de Seguimiento</b>					
Fecha/Firma y Sello de la Obstetra					
<b>VII. EVALUACION SOCIAL:</b> Enfatizar la información relacionada a los contactos en riesgo de VIH.					
PARENT ESCO	NOMBRES Y APELLIDOS (EDAD)	Conoce su diagnóstico?			OBSERVACIONES
		SI	NO	NO SABE	
		SI	NO	NO SABE	
		SI	NO	NO SABE	
		SI	NO	NO SABE	
		SI	NO	NO SABE	
		SI	NO	NO SABE	
BARRERAS Y FACILITADORES SOCIALES	SI	NO	ESPECIFIQUE		
1. ¿ Tiene dificultades para transportarse al hospital?					
2. ¿ Tiene dificultades para venir al hospital debido a su trabajo o estudios?					
3. ¿ Tiene dificultades para pagar sus citas, medicamentos o exámenes de laboratorio?					
4. ¿ Tiene dificultades para conseguir buenos alimentos en cantidad suficiente?					
5. ¿ Tiene o ha tenido antecedentes judiciales, penales o policiales?					
6. ¿ Ha sido rechazado por su familia debido a su diagnóstico de VIH?					
7. ¿ Le preocupa ser visto por personas conocidas en el hospital?					
8. ¿ Recibe apoyo de alguna institución, organización o programa social?					
9. ¿ Alguna vez ha realizado trabajo sexual?					
10. ¿ Tiene dificultades para hacer sus actividades debido a alguna discapacidad física o mental?					
	Problemas relacionados con bajos ingresos (Z59.6)				
	Problemas relacionados con pobreza extrema (Z 59 .5)				
	Problemas relacionados con desempleo (Z56.0)				
	Problemas relacionados con vivienda inadecuada (Z59.1)				
	Problemas relacionados con soporte socio-familiar (Z63.2)				
	Problemas relacionados con exclusión y rechazo social (Z60.4)				
	Problemas relacionados con relación de pareja (Z63.0)				
	Problemas relacionados con falta de alimentos adecuados (Z59.4)				
	Problemas relacionados con discapacidad: .....				



## ANEXO 5

### HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH

Su niño/adolescente ha sido diagnosticado de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), y según las normas actuales del Ministerio de Salud, debe iniciar el Tratamiento Antirretroviral (TAR) ya que ello beneficiará a la salud del niño, niña o adolescente.

El tratamiento que le suministrarán busca disminuir la cantidad del virus en su sangre, mejorando su sistema de defensas (inmunológico) y por tanto, disminuyendo la probabilidad que el niño/adolescente enferme; mejorando así su calidad de vida.

Los efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH pueden variar dependiendo del medicamento y de la persona que lo toma. Dos personas tomando el mismo medicamento contra el VIH pueden tener efectos secundarios muy diferentes. Algunos efectos secundarios, como dolores de cabeza o mareo ocasional, náuseas o vómitos, tal vez no sean graves. Otros efectos secundarios, como inflamación del hígado, anemia o reacciones alérgicas severas pueden ser potencialmente mortales. Le solicitamos que de presentar la niña, niño o adolescente algún malestar relacionado con la toma del tratamiento, se comunique y acuda inmediatamente al establecimiento de salud para atenderlo oportunamente.

Actualmente el Ministerio de Salud ofrece gratuitamente el tratamiento a los niñas, niños y adolescentes con VIH. El médico lo explicará con todo detalle el proceso para el inicio del tratamiento y usted es totalmente libre de formular todas las preguntas que desee.

Hasta el momento este es el único tratamiento que ha demostrado ser eficaz para detener el avance de la enfermedad, siempre y cuando cumpla estrictamente con tomar las medicinas de acuerdo a las indicaciones y horarios recomendados.

Usted, al aceptar el inicio del tratamiento en el niño/adolescente también se compromete a cumplir con asistir a las citas programadas con el paciente y administrar al niño/adolescente los medicamentos en forma diaria y permanente de acuerdo a lo recomendado por el equipo de salud. La mejoría de la salud de su niño/adolescente depende mucho de la adherencia o continuidad al tratamiento, el cual debe ser supervisado por Ud.

Es importante para el equipo de salud que se cumplan con las citas establecidas. Si el niño/adolescente no acude a una cita programada, el personal de salud hará todos los esfuerzos para tratar de ubicarlo y conocer el estado de salud de la niña, niño o adolescente. Eso implica que podrán ir a visitarlo a su domicilio, llamarlo por teléfono, enviarle un correo electrónico u otras formas de contacto, siempre cuidando la confidencialidad de su diagnóstico.

Una vez que hayan resuelto todas sus dudas y acepte iniciar el tratamiento antirretroviral en el niño, niña o adolescente, usted debe firmar este consentimiento informado.

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

Dejo constancia que he leído el contenido de este Consentimiento Informado, que he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas y que han sido respondidas satisfactoriamente. He decidido que mi niño/adolescente inicie tratamiento antirretroviral, administraré los medicamentos de acuerdo a las indicaciones y horarios recomendados y acudiré a las citas programadas. Así mismo declaro que mi niña, niño o adolescente no recibe tratamiento en otra institución del Perú o del extranjero.

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

Nombres y apellidos del padre/ madre, tutor o cuidador

Fecha y firma

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

Nombres y apellidos del médico tratante

Fecha y firma

ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS-VIH /SIDA



**ANEXO 6 EXÁMENES DE LABORATORIO BASALES Y DE SEGUIMIENTO EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON VIH**

Exámenes de Laboratorio	Pre TAR	Cada 02 semanas en primer mes	Mensual entre el 2do y 3er mes	Al 3er mes	Cada 02 meses en el primer año	Al 6to mes	Cada 03 meses después del primer año y en adelante	Cada 06 meses después del 2do año y en adelante	Cada 12 meses después del 3er año	Después de cada cambio de esquema	Observaciones
Historia médica y examen físico											
Evaluación de la adherencia											
Carga viral plasmática											Carga viral al 3er, 6to y 12vo mes en el primer año. Al 3er mes después de cada cambio
Recuento de CD4											Al 6to y 12vo mes de iniciado el TAR. Luego cada 12 m a partir de 2do año. En NAVV con CD4 > 350 y CV suprimidas por más de 3 años, puede ser opcional.
Test de Resistencia (Genotipo)											Adicionalmente antes del cambio de antiretrovirales en pacientes con buena adherencia y en falla virológica
Hemograma											
Glucosa											
Urea y Creatinina											
Examen de Orina											
Perfil lipídico											
Antígeno de superficie (AgstHB)											Cada 12 meses.
Anticore total hepatitis B											Cada 06 meses, si no recibió vacuna.
Anticuerpos para Hepatitis C											Colocar vacuna para hepatitis B en adolescentes que sean negativos al anticore total
Test de Embarazo (Mujeres en edad fértil)											En el pre TAR, y luego cada 12 meses
Radiografía de tórax											Test adicionales en situaciones de amenorrea.

ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE  
 PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS-VIH /SIDA



Dirección  
 Regional de Salud  
 Tumbes

Ministerio  
 de Salud



ANEXO 8

TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA PARA ADMINISTRACIÓN DE TAR Y TERAPIA PREVENTIVA EN NAVV											
DIRECCIÓN DE SALUD		N° DE CASO		SEXO		EDAD		TELÉFONO:		REFERENCIA:	
BE.55.		N° DE H. CL.		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
NOMBRES Y APELLIDOS		DNI:		SEXO		EDAD		TELÉFONO:		REFERENCIA:	
FECHA DE NACIMIENTO		FECHA INICIO TAR:		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
DIRECCIÓN:		REFERENCIA:		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
CODIGO UNICO:		REFERENCIA:		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
ASP/PARENTESCO:		REFERENCIA:		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
FECHA DE ATENCIÓN		REFERENCIA:		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
ANTIRRETROVIRALES		REFERENCIA:		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
		N° DE ARVs ENTREGADOS		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
		DOSIS/CADA CUANTAS HORAS/*		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
		N° DE ARVs ENTREGADOS		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
		DOSIS/CADA CUANTAS HORAS/*		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
		N° DE ARVs ENTREGADOS		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
		DOSIS/CADA CUANTAS HORAS/*		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
		N° DE ARVs ENTREGADOS		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
		DOSIS/CADA CUANTAS HORAS/*		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
		N° DE ARVs ENTREGADOS		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
		DOSIS/CADA CUANTAS HORAS/*		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
		N° DE ARVs ENTREGADOS		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
		DOSIS/CADA CUANTAS HORAS/*		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
% DE ADHERENCIA		N° DE ARVs ENTREGADOS		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
TERAPIA PREVENTIVA: FECHA DE INICIO/TERMINO		N° DE ARVs ENTREGADOS		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
TP TB		DOSIS/CADA CUANTAS HORAS/*		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
TP TMP/SMX		N° DE ARVs ENTREGADOS		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
PESO DEL PACIENTE		DOSIS/CADA CUANTAS HORAS/*		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
FECHA DE RESULTADO		N° DE ARVs ENTREGADOS		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
RECuento DE CD4 (cel/ml)		DOSIS/CADA CUANTAS HORAS/*		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
CARGA VIRAL (copias/ml)		N° DE ARVs ENTREGADOS		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	
OBSERVACIONES		DOSIS/CADA CUANTAS HORAS/*		M		F		Fecha que conoce su Diagnóstico:		Horario de Ingesta de ARVs:	

\* Si EL ARV SE REDDSIFICA COLOCAR SOBRES(S) o CÁPSULAS(C).

 <b>FICHA CLÍNICA DE VIGILANCIA</b> <b>VIH SIDA</b>		Laboratorio de Salud Pública Tumbes
<b>Información del Paciente:</b>		
SITIO ORIGEN DEL PACIENTE _____ ESTADO _____ APELLIDOS Y NOMBRES _____ DIRECCIÓN _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ LABORATORIO REMITENTE _____ MED. REMITENTE _____ DIREC DEL LAB REMITENTE _____ MODALIDAD DE PAGO _____ FECHA INICIO SINTOMAS _____	ID CASO LOCAL _____ ID CASO PHUS _____ DISTRITO _____ PROVINCIA _____ SEXO _____ FUEN. ESPECIMEN _____ REF. OFICIO N° _____ MOT. DEL EXAMEN _____ ID ALICT. LOCAL _____ F. TOMA DE MUESTRA _____	
<b>Vías de Transmisión:</b>		
VÍA DE TRANSMISIÓN NO DETERMINA <input type="checkbox"/> PERINATAL (hijo de madre infectada) <input type="checkbox"/> SANGUINEA <input type="checkbox"/> SEXUAL <input type="checkbox"/>		MUESTRAS: 1 MUESTRA <input type="checkbox"/> 2 MUESTRA <input type="checkbox"/> 3 MUESTRA <input type="checkbox"/> 4 MUESTRA <input type="checkbox"/>
ASINTOMÁTICO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SINTOMÁTICO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<b>Resultados:</b>		
FECHA DE INGRESO AL LAB _____ FECHA DE RESULTADO _____		
ELISA VIH: NO REACTIVO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> REACTIVO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IFI VIH: NEGATIVO <input type="checkbox"/> NO REALIZO <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/>	
WESTERN BLOT VIH: INTERMEDIO <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/>		
RESPONSABLE DE LA PRUEBA _____		
CASO CONFIRMADO _____		
OBSERVACIONES _____		

Adjuntar: Consentimiento de VIH

 FICHA DE INVESTIGACIÓN PARA HEPATITIS		Laboratorio de Salud Pública Tumbes
ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____		CÓDIGO: <input type="text"/>
DIRECCIÓN _____		FECHA: <input type="text"/>
<b>1.- Datos del Paciente:</b>		
HISTORIA CLÍNICA: _____	CÓDIGO <input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/>
APELLIDOS Y NOMBRES _____		
EDAD <input type="text"/>	SEXO <input type="text"/> M <input type="text"/> F	
DIRECCIÓN _____		
LOCALIDAD _____		
DISTRITO <input type="text"/>	PROVINCIA <input type="text"/>	DEPARTAMENTO <input type="text"/>
FECHA DE INICIO DE SINTOMAS <input type="text"/>	PACIENTE: _____	
FECHA DE OBTENCIÓN MUESTRAS <input type="text"/>		
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO _____		
<b>SINTOMAS:</b>		
FIEBRE <input type="text"/>	DOLOR ABDOMINAL <input type="text"/>	
ICTERIA <input type="text"/>	CEFALEA <input type="text"/>	
ERUPCIÓN DERMICA <input type="text"/>	DIARREA <input type="text"/>	
TOS <input type="text"/>	EQUIMOSIS <input type="text"/>	
MIALGIAS <input type="text"/>	RINORREA <input type="text"/>	
CONJUNTIVITIS <input type="text"/>	ADENOMEGALIAS <input type="text"/>	
<b>DATOS SOBRE LA MUESTRA:</b>		<b>MUESTRA QUE SE ENVÍA:</b>
INVESTIGACIÓN DE BROTE <input type="text"/>	1. SUERO <input type="text"/>	
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARTICULAR <input type="text"/>	2. SANGRE <input type="text"/>	
	3. LCR <input type="text"/>	
	4. BIOPSIA <input type="text"/>	
	5. ESPUTO <input type="text"/>	
	6. HISOPADO <input type="text"/>	
SELO Y FIRMA _____		

 Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		FICHA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE CASO DE INFECCIÓN POR VIH Y SIDA			
1. DIRESA/GERESA/DISA:		2. Establecimiento de Salud Notificante:			
3. Tipo de establecimiento:		4. Institución:		5. Fecha de notificación:	
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Puesto de Salud		<input type="checkbox"/> Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA/FFPP		<input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> INPE <input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Otro				Día      Mes      Año	
6. Código del paciente:		8. Motivo de notificación:		9. Estado de infección VIH al momento del diagnóstico:	
Iniciales: AP AM N1 N2 Fecha de nacimiento: Día Mes Año		<input type="checkbox"/> Infección por VIH <input type="checkbox"/> Estadio SIDA <input type="checkbox"/> Gestante con VIH <input type="checkbox"/> Niño nacido expuesto, infectado por VIH <input type="checkbox"/> Inicio de TARGA <input type="checkbox"/> Fallecido con VIH o SIDA <input type="checkbox"/> Niño nacido expuesto al VIH <input type="checkbox"/> Niño nacido expuesto, no infectado por VIH		<input type="checkbox"/> Estadio 1 <input type="checkbox"/> Estadio 2 (Avanzado) <input type="checkbox"/> Estadio 3 (SIDA) <input type="checkbox"/> Desconocido	
7. DNI: (CE / Pasaporte)				10. Nacionalidad:	
11. Residencia habitual:		12. Etnia	13. Grado de instrucción:	14. Condición especial:	15. Sexo al nacer:
País: Departamento: Provincia: Distrito: Comunidad:		<input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Afro descendiente <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Indígena Amazónico Pueblo étnico*: <input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria	<input type="checkbox"/> Trabajador (a) sexual <input type="checkbox"/> Privado de libertad <input type="checkbox"/> Usuario de drogas inyectables <input type="checkbox"/> Usuario de drogas no inyectables	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
16. Identidad de género:		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino a femenino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino a masculino <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido			
17. Antecedentes de RS:		<input type="checkbox"/> RS con hombres <input type="checkbox"/> RS con mujeres <input type="checkbox"/> RS con ambos sexos <input type="checkbox"/> Desconocido			
18. Vía de transmisión:		<input type="checkbox"/> Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No determinado <input type="checkbox"/> Parenteral: <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre y/o derivados <input type="checkbox"/> Compartir agujas /UDI <input type="checkbox"/> Accidente con material contaminado <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos o tejidos <input type="checkbox"/> No determinado <input type="checkbox"/> Madre-niño (vertical) <input type="checkbox"/> Desconocida			
19. Laboratorio para caso de infección VIH:		Pruebas de tamizaje reactivas		Pruebas confirmatorias positivas	
		Prueba N° 1	Prueba N° 2	Prueba N° 1	Prueba N° 2
Fecha:		Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año
Tipo:		<input type="checkbox"/> Prueba Rápida <input type="checkbox"/> Prueba de ELISA <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Prueba Rápida <input type="checkbox"/> Prueba de ELISA <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> LIA <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> LIA <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> PCR
20. Laboratorio para niño expuesto, no infectado:		Fecha:		Fecha:	
		Día Mes Año		Día Mes Año	
Tipo:		<input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> PCR		<input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> PCR	
21. TARGA		Fecha de inicio de tratamiento:			
		Día Mes Año			
22. Estadio SIDA		Estadio SIDA:	Fecha de diagnóstico:	Criterio diagnóstico de SIDA:	<input type="checkbox"/> CD4 <input type="checkbox"/> Enfermedad indicadora
		Día Mes Año	Día Mes Año		
		Enfermedades indicadoras de SIDA			Código CIE-10
		1.			
		2.			
23. Coinfección:		<input type="checkbox"/> Tuberculosis __/__/____ <input type="checkbox"/> Hepatitis B __/__/____ <input type="checkbox"/> Hepatitis C __/__/____ (indicar fecha de diagnóstico: dd/mm/aaaa)			
24. Defunción:		Fecha:	Defunción relacionada a SIDA:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Día Mes Año			
		Causa de muerte:			
25. Responsable de notificación:		Nombre:			Firma:

**DIPTICO**

PERU Ministerio de Salud

# HAZTE LA PRUEBA DE VIH

## ES MEJOR SABER

**RECIBE TRATAMIENTO Y VIHVE MEJOR**

### ¿Cómo me puedo proteger del VIH?

- Usando correctamente el condón en todas tus relaciones sexuales.
- Reduciendo el número de parejas sexuales.
- Si estás en una relación, compromiéndote con tu pareja a no tener relaciones sexuales con otras personas. Si sospechas de una infidelidad, hazte la prueba y exige a tu pareja el uso de preservativo.
- Evitando tener relaciones sexuales con personas que manifiesten señales de riesgo (estado de ebriedad o negarse a usar condón).
- Evitando tener relaciones sexuales cuando hayas consumido alcohol o drogas.
- Haciéndote una prueba rápida, cuyo resultado estará disponible en 20 minutos.
- Si el resultado es positivo, te confirmarán el resultado con otra prueba rápida u otra prueba confirmatoria disponible en el establecimiento de salud.
- Recuerda que el resultado de tu prueba de VIH es totalmente confidencial.

### ¿Cómo saber si tienes VIH?

## ¿Qué es el VIH?

El VIH es una infección causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, que ataca a las defensas del cuerpo y deja a la persona vulnerable a las infecciones y enfermedades.

## ¿Qué es el SIDA?

El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es la etapa avanzada del VIH, en la que infecciones y enfermedades llamadas "oportunistas" afectan la salud de la persona.

## ¿Cómo se adquiere el VIH?

Se puede adquirir:



Si tienes relaciones sexuales sin condón.



Si recibes una transfusión de sangre que contiene el VIH.

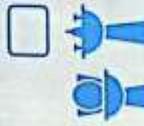


Si una gestante con VIH no recibe tratamiento durante el embarazo, parto o si da de lactar a su bebé.

## ¿Cómo no se adquiere el VIH?



• Si tienes contacto con el sudor, lágrimas o saliva de una persona que vive con VIH.



• Si usas los mismos servicios higiénicos que una persona que vive con VIH.



• Si te bañas en la misma piscina, playa o río con una persona que vive con VIH.



• Si compartes vajillas y utensilios con una persona que vive con VIH.



• Si abrazas, besas, acaricias o conversas con una persona que vive con VIH.



• Si te pica un mosquito o insecto que ha picado antes a una persona que vive con VIH.

# ¡YO ME SUMO!



Aprendiendo sobre VIH –sida, e Infecciones de Transmisión Sexual



ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS-VIH /SIDA

## EL VIH Y SIDA

LA SIGLA DE **VIH** SIGNIFICA:

- V** Virus, microorganismo infeccioso, que necesita invadir una célula viva para sobrevivir.
- I** Inmunodeficiencia debilita el sistema natural de defensas del organismo.
- H** Humana, afecta solo a los seres humanos

LA SIGLA DE **SIDA** SIGNIFICA:

- S** Síndrome. Es el conjunto de signos y síntomas que caracterizan a una enfermedad
- I** Inmunodeficiencia. Se refiere al sistema inmunológico que reacciona ante el ingreso de microbios, bacterias, parásitos o virus en nuestro organismo
- D** Debilitamiento importante del sistema inmunológico
- A** no es hereditaria, se debe a un virus adquirido



deteccion del VIH

Que quiere decir si el resultado te dio **REACTIVO**?

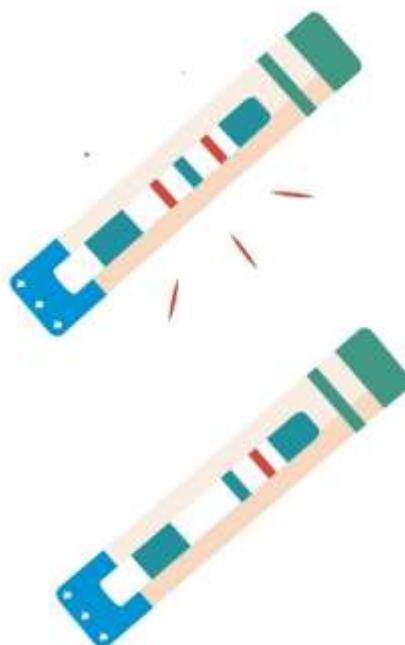
Significa que es muy probable que tengas VIH

Es necesario hacer otro análisis para confirmar el diagnóstico con una nueva muestra de sangre

Que quiere decir si el resultado te dio **NO REACTIVO**?

Significa que no tenés VIH no es necesario que repitas la prueba

a menos que hayas tenido comportamientos de riesgo en el ultimo mes por lo que se tendria que repetir la prueba en los proximos 3 meses



vias de transmision



## VIA SEXUAL

Por relaciones sexuales, vaginales, anales y/o orales sin protección, con preservativos.



## VIA SANGUINEA

Por contacto sangre

al compartir jeringas, canutos para uso de drogas u otro elemento cortante o punzante no esterilizado



## VIA PERINATAL

De la madre al hijo

durante el embarazo, el parto o la lactancia

## EI VIH NO SE TRANSMITE POR SITUACIONES COTIDIANAS



Ser amigos  
y abrazarse



Trabajar en la misma  
oficina



Nadar en la  
piscina



darse una  
ducha



besarse



picadura de  
mosquito



Compartir una  
bebida



Tomarse de  
la mano



jugar



Ir a la escuela



Compartir un vaso  
o una taza



usar el mismo  
inodoro

## FACTORES SOCIALES Y CULTURALES DE LA VULNERABILIDAD



Pobreza



Violencia de  
género



Estigma y  
discriminación

## PREVENCIÓN DEL VIH Y DEL SIDA

**Terapia antirretroviral con 100% de adherencia en persona con VIH**

**uso correcto de preservativo o condón en todas las relaciones sexuales**

**No compartir jeringas**

**Abstinencia Sexual**

**PREP**  
 (Profilas pre-exposición)  
 PEP  
 (Profilas post-exposición)

**pareja exclusiva**

## COMO USAR EL CONDON MASCULINO

1. usar un condon nuevo para cada acto sexual
2. antes de tener contacto coloque el condon sobre la cabeza del pene erecto con el borde enrollado hacia afuera
3. desenrolle el condon completamente hasta la base del pene
4. despues de la eyaculacion, retire el condon mientras que el pene todavia esta erecto
5. uselo solo una vez, desechelo de forma segura el condon usado

**USE**  
condon siempre que tenga relaciones sexuales

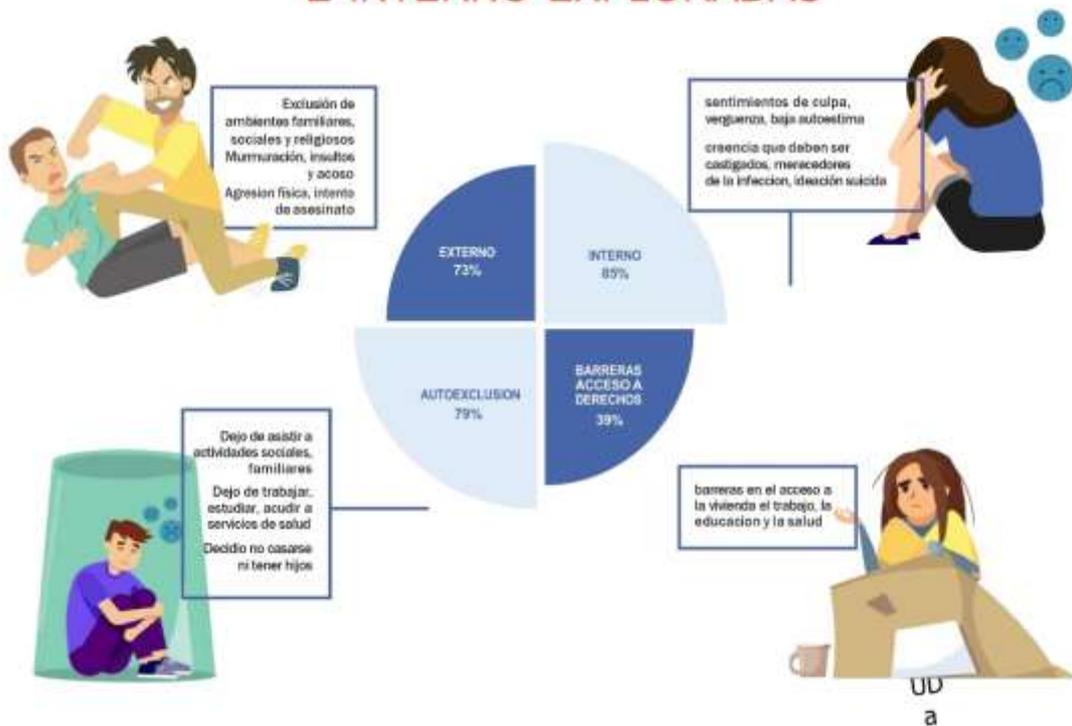
**LEA**  
Las instrucciones del paquete y compruebe la fecha de vencimiento

**COLÓQUESE**  
el condon antes de tener relaciones sexuales

**CERCIORESE**  
Que el condon no tenga defectos o roturas

**UTILIZE**  
Lubricantes a base de agua o silicona para evitar que se rompa

## SITUACIONES DE ESTIGMA EXTERNO E INTERNO EXPLORADAS



### ¿QUE ES EL ESTIGMA?

- Actitud negativa hacia un grupo social determinado, generalmente minoritario
- Basado en un rasgo característico que permite diferenciarlo (estado serológico, etnia, estrato social, orientación sexual, etc)
- Tendencia a la hostilidad y al rechazo (discriminación)



### efectos del estigma y la discriminación en la salud y calidad de vida de las personas con VIH



## TERMINOS CORRECTOS E INCORRECTOS



TERMINO- COMUN (EVITAR)	TERMINO RECOMENDADO
VIRUS DEL SIDA	VH
VIRUS DEL VIH	VH
VICTIMAS DEL SIDA, PERSONAS QUE SUFREN DE SIDA	PERSONA CON VIH
CONTACTO DEL VIH	TRANSMISIÓN DEL VIH
PROMISCUO	NO USARLA
GUERRA CONTRA EL SIDA, ATAQUE AL SIDA, ETC.	RESPUESTA AL VIH/SIDA, PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA, LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA

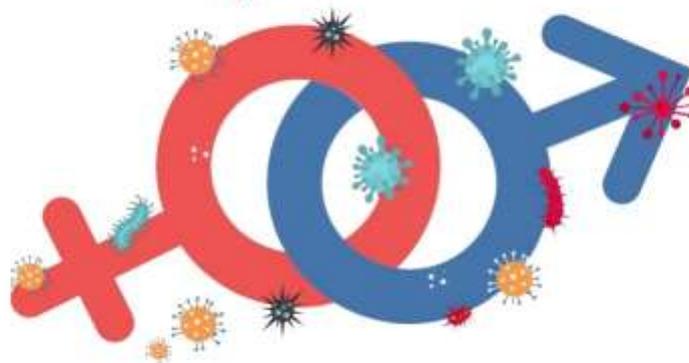
## EFECTOS DEL TRATAMIENTO



INDETECTABLE = INTRANSMISIBLE

## QUE SON LAS ITS?

Son infecciones de transmisión sexual que se transmiten de persona a persona, por medio del contacto íntimo que se produce casi exclusivamente durante las relaciones sexuales sin protección incluyendo el sexo vaginal el anal y el sexo oral



### CLAMIDIA

#### SINTOMAS

La infección aparece entre 7 a 21 días

#### HOMBRE

Secreción y ardor al orinar, hinchazón de los testículos

#### MUJER

Ardor, dolor al orinar, inflamación del recto o del cuello uterino

#### CONSECUENCIAS

Hombre: esterilidad  
Mujer: Inflamación pélvica, esterilidad  
Niños: Neumonía, Ceguera

### GONORREA

#### SINTOMAS

Enrojecimiento e hinchazón del sitio infectado

#### HOMBRE

Micción dolorosa, secreción de pus

#### MUJER

Flujo vaginal amarillo, verde, ardor al orinar

#### CONSECUENCIAS

Hombre: obstrucción de la uretra, infección de la próstata, testículos y esterilidad  
Mujer: Esterilidad, peritonitis, infección de articulaciones y médula espinal

## TRICOMONIASIS

### SINTOMAS

#### HOMBRE

Secreción de color blanco, dolor y ardor al orinar.

#### MUJER

Flujo vaginal mal oliente, espumoso de color verde amarillento, ardor.

### CONSECUENCIAS

**Hombre:** Causa infección en la uretra y próstata.  
**Mujer:** Riesgo de parto prematuro rotura de membranas fetales y otros.

## HERPES GENITAL

### SINTOMAS

La infección aparece de 2 a 20 días:

#### HOMBRE

Erupciones periódicas de ampollas dolorosas alrededor de los órganos genitales, ano o en otras partes del cuerpo, picazón, ardor al orinar."

#### MUJER

Lo mismo en el cuello uterino, dolor de cabeza, fiebre e inflamación de los ganglios."

### CONSECUENCIAS

Predispone a cáncer cervical en las mujeres, enfermedad incurable; Muerte."

## HEPATITIS

### SINTOMAS

#### Hepatitis A :

Dolor o distensión en la zona abdominal. Orina turbia y deposiciones de color arcilla o pálidas. Ictericia (coloración amarillenta de la piel o los ojos)

#### Hepatitis B :

Dolor abdominal. Orina oscura. Pigmentación amarilla de la piel y la parte blanca del ojo (ictericia) Dolor articular.

#### Hepatitis C :

Dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen. Hinchazón abdominal debido a líquido (ascitis) Heces de color arcilla o pálidas. Orina turbia. Ictericia.

### CONSECUENCIAS SIN TRATAMIENTO

La hepatitis A, puede provocar inflamación hepáticas (del hígado)  
Hepatitis B, puede provocar cáncer de hígado o daño hepático grave que produzca insuficiencia hepática.  
Hepatitis C, no tiene un tratamiento curativo; todo lo que el médico puede hacer es aliviar los síntomas. Produce inflamación crónica del hígado, la que al padecer por varias décadas puede causar cirrosis hepática,

## SIFILIS

### SINTOMAS

Esta infección se manifiesta en la zona genital, los labios, la boca o el ano, entre otras zonas, y puede producirse tanto en hombres como en mujeres.

### Primera Fase:

aparece una llaga en la zona donde se originó el contagio, esta llaga es dura, redonda e indolora, suele pasar desapercibida, suelen durar entre 3 a 6 semanas en el cuerpo y se curan independientemente de que se reciba el tratamiento o no. Si no se recibe tratamiento pasa a la Segunda Fase

### Segunda Fase:

son comunes las erupciones en la piel e incluso la aparición de llagas en la boca, la vagina o el ano. Estas erupciones pueden aparecer cuando la llaga inicial se está curando, han pasado varias semanas desde que desapareció y se caracterizan por un aspecto de punto duro, de color rojizo o marrón que se localiza en la palma de las manos o en la planta de los pies

### tercera Fase:

Esta fase se desarrolla entre los 10 y 30 años después de haberse contagiado y sus síntomas más comunes son: dificultad a la hora de coordinar los movimientos, parálisis en ciertas partes del cuerpo, entumecimiento, demencia y ceguera. Si la enfermedad está muy avanzada puede dañar órganos internos y causar la muerte.

## VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

### SINTOMAS

Los virus del papiloma humano (VPH) son un grupo de virus relacionados entre sí que se propagan a través del contacto sexual

### SINTOMAS

La mayoría de las personas que tienen el VPH no presentan ningún síntoma, ni problemas de salud. A veces, el VPH puede causar verrugas genitales. Algunos tipos de VPH pueden provocar cáncer

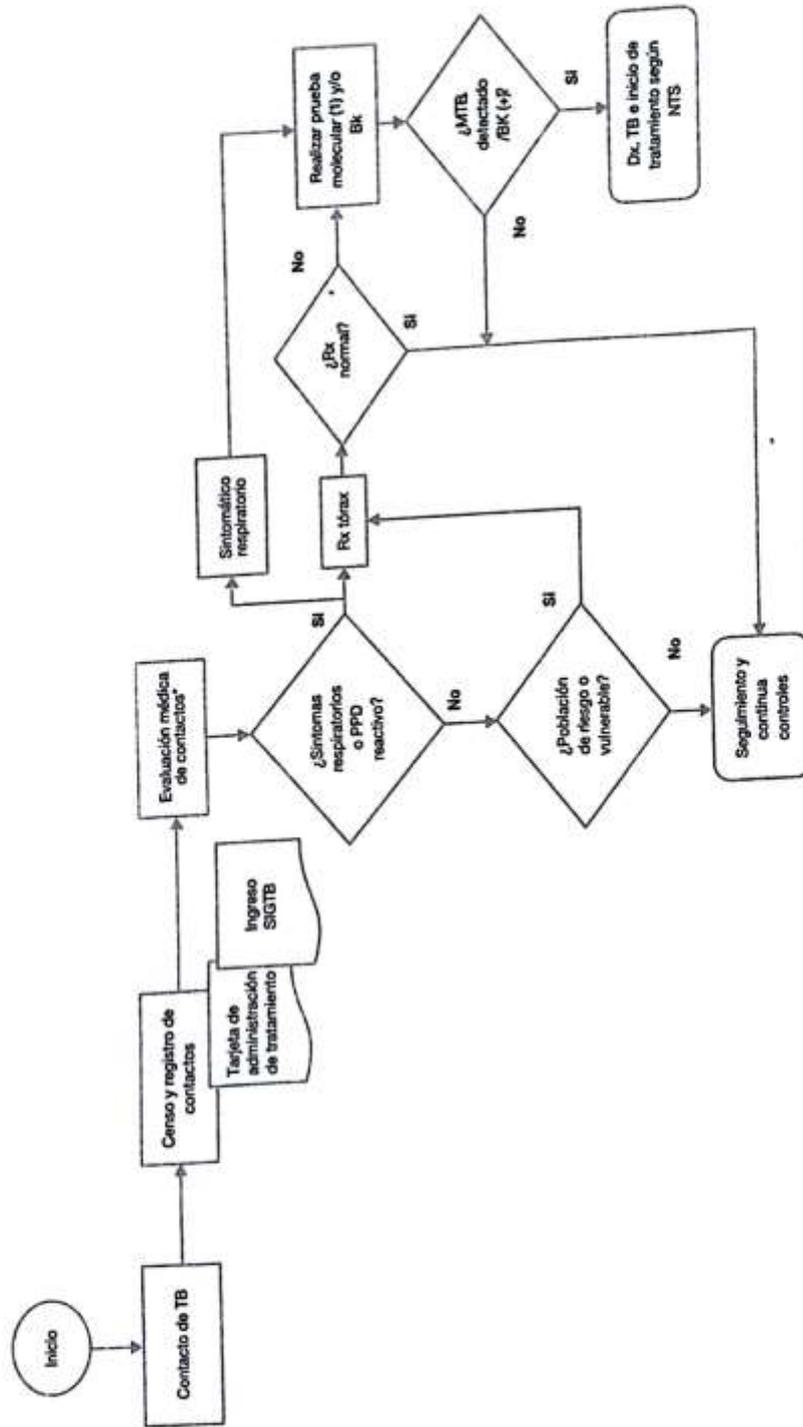
### TRATAMIENTO

Si bien no existe cura para el VPH, existen tratamientos para los problemas que este pueda causar. Hay una vacuna contra el VPH disponible que puede proteger contra las enfermedades causadas por el VPH

<p>TBC</p>	<p>PEDIDO DE SERVICIO N°1013</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJIAS - Fijograma de control de contacto de tuberculosis. Anexo: 5-A</li> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJIAS - Fijograma de diagnóstico TBC mediante tamizaje moléculas y prima en población vulnerable 5-B.</li> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJIAS - Formato de transferencia interinstitucional de afectados en tratamiento por tuberculosis. Anexo: 6</li> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJIAS - Formato de notificación de sospechosas reacciones adversas por los profesionales de salud. Anexo: 7</li> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJIAS - Resumen de historia clínica del afectado con TBC resistente. Anexo: 8</li> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJIAS - Formato de consentimiento informado de aceptación de tratamiento antituberculoso. COLOR AZULINO</li> <li>* 100 UNIDADES DE AMBOS LADOS ENMICADAS POSOLOGIA - Medicamentos anti TBC de segunda línea (DPC). Anexo: 10</li> <li>(las combinadas (DPC). Anexo: 11</li> <li>* 100 UNIDADES DE AMBOS LADOS ENMICADAS POSOLOGIA - Medicamentos anti TBC de segunda línea (DPC). Anexo: 12</li> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJIAS - Hojas monitoreo del tratamiento de la TBC sensible y resistente. Anexo: 13</li> <li>* 50 BLOCKS de 100 HOJIAS - lista de chequeo para la presentación de expediente al comité CHER. Anexo: 14</li> <li>* 100 BLOCKS de 100 HOJIAS - Formato de supervisión. Anexo: 19</li> </ul> <p>IMATERIAL EN HOJA BONO A-4, COLOR NEGRO, SEGUN MODELO ADJUNTO.                  Adjunta formato.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>
<p>PEDIDO DE SERVICIO N°1014</p>	<p>PEDIDO DE SERVICIO N°1014</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 50 LIBROS DE REGISTRO DE DETECCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS. ANEXO: 2 [100 paginas aproximadamente en color blanco y negro, impresión en ambos lados, tamaño oficio, tapa simple full color].</li> <li>* REGISTRO DE CASOS Y CONTROL DE TRATAMIENTO DE CASOS CON ESQUEMA PARA TBC SENSIBLE - cartulina simple color amarillo, 1 OFICIO.</li> <li>* 100 BLOCK POR 100 HOJIAS: FORMATO DE SOLICITUD DE INVESTIGACION BACTERIOLOGICA. ANEXO: 1 (T- A-4, COLOR NEGRO).</li> <li>* 50 LIBROS DE REGISTRO DE MUESTRAS PARA INVESTIGACION BACTERIOLOGICA. ANEXO: 3 [100 paginas aproximadamente en color blanco y negro, impresión en ambos lados, tamaño oficio, tapa simple full color].</li> <li>* 500 BLOCK POR 6 HOJIAS: REGISTRO DE CASO Y CONTROL DE TRATAMIENTO DE CASOS CON ESQUEMA PARA TBC SENSIBLE. ANEXO: 4-A</li> <li>* 100 BLOCK POR 6 HOJIAS: REGISTRO DE CASO Y CONTROL DE TRATAMIENTO DE CASOS CON ESQUEMA PARA TBC RESISTENTE. ANEXO: 4-B</li> <li>* 500 BLOCK POR 3 HOJIAS: CONTROL DE TERAPIA PREVENTIVA DE LA TUBERCULOSIS (PTPB). ANEXO: 4-C</li> </ul> <p>Adjunta formato.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>



ANEXO N° 5-A: FLUJOGRAMA DEL CONTROL DE CONTACTOS EN TUBERCULOSIS



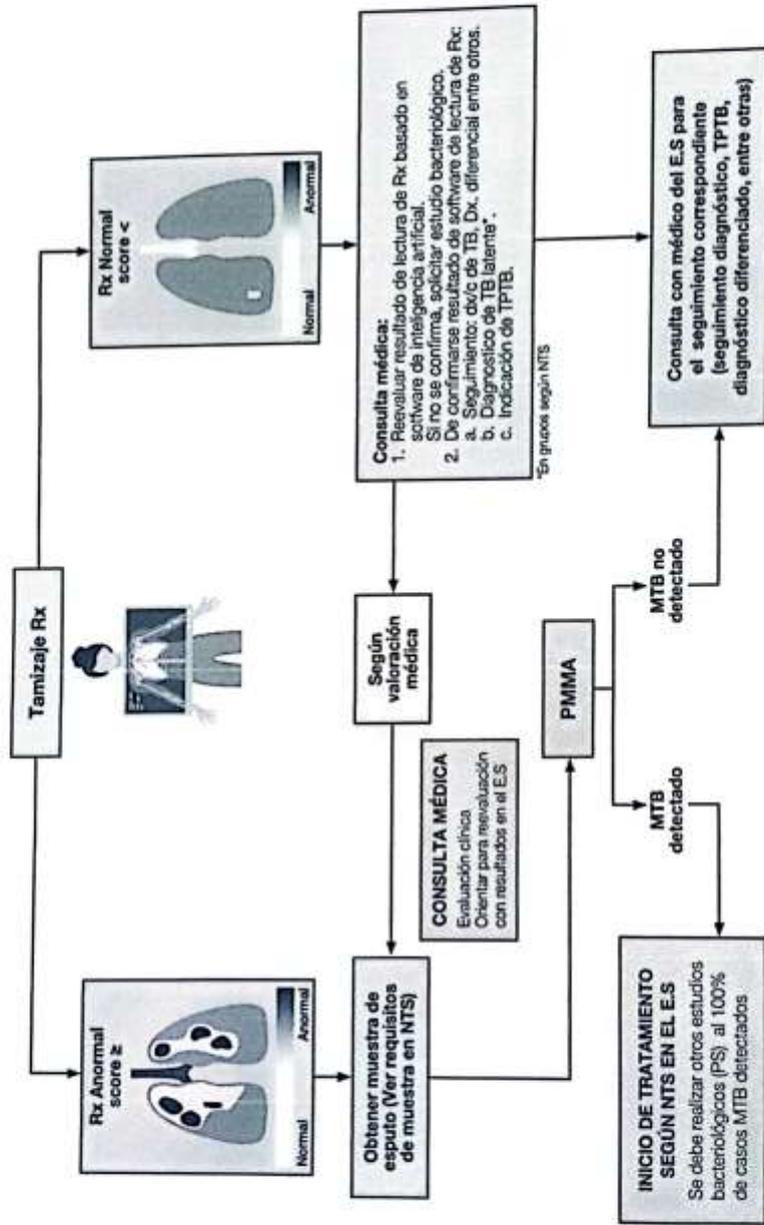
\* Incluye evaluación clínica, inmunológica, radiológica y de ser el caso, bacteriológica.

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

**ANEXO N° 5-B: FLUJOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DE TB MEDIANTE TAMIZAJE RADIOLÓGICO Y PMMA EN POBLACIÓN VULNERABLE**

**Público objetivo:**

Establecer el público objetivo priorizando poblaciones o grupos vulnerables con mayor riesgo de desarrollar TB.



NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS FAMILIA Y COMUNIDAD

**ANEXO N° 6: FORMATO DE TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE AFECTADOS/AS EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS**

**1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

NOMBRE .....

EDAD ..... SEXO ..... N° FICHA CLÍNICA .....

DNI, PASAPORTE, CARNET DE EXTRANJERÍA U OTRO:.....

DOMICILIO	LUGAR DE ORIGEN	LUGAR DE DESTINO
Nombre de calle y N°		
Comuna o distrito, departamento, municipio		
N° de teléfono		
País		
A quién recurrir en caso de emergencia (nombre y teléfono)		

**2. ETNIA INDÍGENA DECLARADA:** .....

**3. IDIOMA QUE HABLE:** .....

**4. ANTECEDENTES DIAGNÓSTICOS DEL EPISODIO ACTUAL DE TB**

**DIAGNÓSTICO DE TB:** PULMONAR ( ) EXTRAPULMONAR ( )

ÓRGANO AFECTADO: .....

**BACTERIOLOGÍA:**

BACILOSCOPÍA/PMMA ( )..... CULTIVO ( ).....

BIOPSIA..... SEROLOGÍA..... SIN /CONF.BACTERIOLÓGICA ( )

**TIPO DE MUESTRA** .....

**PRUEBA DE SENSIBILIDAD:** SI ( ) FECHA: ..... NO ( ) RESULTADO: .....

**ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO:**

CASO NUEVO ..... RECAÍDA ..... PÉRDIDA EN EL SEGUIMIENTO RECUPERADO .....

**FECHA DEL DIAGNÓSTICO** .....

**NOTIFICACIÓN:** SI ( ) FECHA: ..... NO ( )

**5. ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN USO AL MOMENTO DE LA TRANSFERENCIA**

ESQUEMA DE TRATAMIENTO	
FECHA INICIO DE TRATAMIENTO	
PERIODICIDAD DEL TRATAMIENTO	
FÁRMACOS ADMINISTRADOS (NOMBRE Y DOSIFICACIÓN)	
N° DOSIS ADMINISTRADAS	

■ NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

**6. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM): SI ( ) NO ( )**

ESPECIFICAR RAM: .....

ESPECIFICAR FÁRMACO: .....

**7. PATOLOGÍAS ASOCIADAS**

HEPATITIS..... ALCOHOLISMO..... DIABETES..... TABAQUISMO.....  
 SILICOSIS..... INSUFICIENCIA RENAL..... COINFECCIÓN RETROVIRAL.....  
 OTRAS.....

**8. DOCUMENTOS ADJUNTOS:**

RADIOGRAFÍA..... REGISTRO DE CASO Y CONTROL DE TRATAMIENTO.....  
 INFORME BIOPSIA.....  
 RESULTADO DE PRUEBA DE SENSIBILIDAD.....  
 EPICRISIS.....  
 OTROS (SEÑALAR).....

**9. ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO:**

	ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN	ESTABLECIMIENTO DE DESTINO
TELÉFONO		
FAX		
CORREO ELECTRÓNICO		
DIRECCIÓN		

**10. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE REALIZA LA TRANSFERENCIA**

NOMBRE: .....

CARGO: .....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

TELÉFONO: .....

OBSERVACIONES: .....

FECHA DE LA TRANSFERENCIA: .....

FIRMA DEL PROFESIONAL: .....

UNA COPIA DEL FORMULARIO (Y COPIA DEL REGISTRO DE CASO Y CONTROL DE TRATAMIENTO) DEBE SER ENTREGADA AL PACIENTE.

- ENVIAR EL ORIGINAL POR VÍA OFICIAL.
- ENVIAR ACUSE DE RECIBO.

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNITARIO

**ANEXO N° 7: FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS POR LOS PROFESIONALES DE SALUD**

A. DATOS DEL PACIENTE									
Nombre o iniciales(*):									
Edad(*):	Sexo(*)	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	Peso (Kg):	Historia clínica y/o DNI:				
Establecimiento(*):									
Diagnóstico principal o CIE10:									
B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS									
Marcar con "X" si la notificación corresponde a: <input type="checkbox"/> Reacción adversa <input type="checkbox"/> Error de medicación <input type="checkbox"/> Problema de calidad <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____									
Describir la reacción adversa(*):				Fecha de inicio de RAM(*) ____/____/____ Fecha final de RAM: ____/____/____ Gravedad de la RAM (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grava Solo para RAM grave (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Muerte. Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Puso en grave riesgo la vida del paciente <input type="checkbox"/> Produjo o prolongó hospitalización <input type="checkbox"/> Produjo discapacidad/incapacidad <input type="checkbox"/> Produjo anomalía congénita Desenlace (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuela <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/> Desconocido					
Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (Incluir fechas)									
Otros datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones médicas preexistentes, patologías concomitantes (ejemplos: alergias, embarazo, consumo de alcohol, tabaco, disfunción renal/hepático, etc.)									
C. MEDICAMENTO(S) U OTROS PRODUCTO(S) SOSPECHOSO(S) (En caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial, laboratorio fabricante, número de registro sanitario y número de lote)									
Nombre comercial o genérico(*)	Laboratorio	Lote	Dosis / frecuencia(*)	Vía de adm. (*)	Fecha inicio(*)	Fecha final(*)	Motivo de prescripción o CIE 10		
Suspensión (Marcar con X)		SI	No	No aplica	Reexposición (Marcar con X)		SI	No	No aplica
(1) ¿Desapareció la reacción adversa al suspender el medicamento u otro producto farmacéutico?				(1) ¿Reapareció la reacción adversa al administrar nuevamente el medicamento u otro producto farmacéutico?					
(2) ¿Desapareció la reacción adversa al disminuir la dosis?				(2) ¿El paciente ha presentado anteriormente la reacción adversa al medicamento u otro producto farmacéutico?					
El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Especifique: _____									
En caso de sospecha de problemas de calidad indicar: N° de Registro Sanitario: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/____									
D. MEDICAMENTO(S) U OTROS PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADO(S) EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES (excluir medicamento(s) u otro(s) producto(s) para tratar la reacción adversa)									
Nombre comercial o genérico	Dosis / frecuencia	Vía de adm.	Fecha inicio	Fecha final	Motivo de prescripción				
E. DATOS DEL NOTIFICADOR									
Nombre y apellidos(*):									
Teléfono o correo electrónico(*):									
Profesión(*):			Fecha de notificación: ____/____/____		N° de notificación:				

Los campos (\*) son obligatorios



NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

**ANEXO N° 8: RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA DEL/DE LA AFECTADO/A CON TB RESISTENTE.**

DIRIS/DIRESA/GERESA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 E.S. \_\_\_\_\_ RED/MICRORRED \_\_\_\_\_

**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	Resultado de tratamiento

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

Laboratorio	Código	Fecha de muestra	R	H	Z	Eto	Am	Cm	Mfx	Lfx	Ctz	Bdq	Dim	Lz

**5. CASOS ÍNDICE CON TB:** Situación actual: en tratamiento, curado, tratamiento fallido, pérdida en el seguimiento, 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

Laboratorio	Código	Fecha de muestra	R	H	Z	Eto	Am	Cm	Mfx	Lfx	Ctz	Bdq	Dim	Lz

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

6. **CONDICIÓN ACTUAL:** Tiempo de enfermedad: \_\_\_\_\_ Inicio: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Relato: \_\_\_\_\_

Síntomas: \_\_\_\_\_

<b>Tos:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Características: _____	<b>Fiebre</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Pérdida de peso</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Peso normal? _____	<b>Dificultad respiratoria</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Otros</b> Sí <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:**

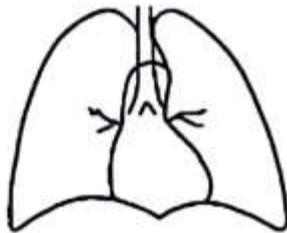
SÍ ( ) NO ( ) Estimado de dosis perdidas: \_\_\_\_\_% (Número de dosis tomadas/dosis programadas) x 100

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

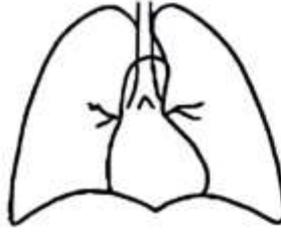
**8. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM):**

Fecha de notificación	Tipo de RAM	Medicamento(s) identificado(s) o sospechoso(s)	Fecha inicio	Fecha final	Disposición/evolución

**RADIOLOGÍA:**



FECHA: \_\_\_\_\_



FECHA: \_\_\_\_\_

- (1) Caverna
- (2) Tractos fibrosos
- (3) Infiltrado alveolar
- (4) Neumotórax
- (5) Derrame pleural
- (6) Nódulo
- (7) Miliar
- (8) Bula
- (9) Ganglio intra-torácico
- (10) Cambios quirúrgicos
- (11) Otros, especificar.

**9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:**

---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
 MÉDICO TRATANTE  
 FIRMA Y SELLO

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

### OPINIÓN DE CONSULTOR

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

#### CONDICIÓN DE INGRESO

- Nuevo ( )
- Recaída ( )
- Pérdida en el seguimiento ( )
- Tratamiento fallido ( )

#### DIAGNÓSTICO DE INGRESO

rH ( ) RR/MDR ( ) XDR ( ) Pre XDR ( ) Otras resistencias ( ): \_\_\_\_\_

#### ESQUEMA INDICADO

- Esquema TB rH ( ) \_\_\_\_\_
- Esquema Oral Acortado ( ) \_\_\_\_\_
- Esquema Oral Prolongado ( ) \_\_\_\_\_
- Esquema con inyectable ( ) \_\_\_\_\_
- Esquema TB pre XDR – XDR: ( ) \_\_\_\_\_

#### PLAN DE TRABAJO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
MÉDICO TRATANTE  
FIRMA Y SELLO



NTS N° 200 - MINSA/DGIESP - 2023, aprobada con  
 Resolución Ministerial N° 339-2023-MINSA

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE 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  
 DIRIS/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          | ( ) |
| MOXIFLOXACINA          | ( ) | CICLOSERINA        | ( ) |
| AMIKACINA              | ( ) | LINEZOLID          | ( ) |
| LEVOFLOXACINA          | ( ) | BEDAQUILINA        | ( ) |
| ETIONAMIDA             | ( ) | CLOFAZIMINA        | ( ) |
| MOXICILINA/CLAVULÁNICO | ( ) | RIFAPENTINA        | ( ) |
| IMIPENEM-CILASTATINA   | ( ) |                    |     |
| OTROS                  | ( ) | Especificar: _____ |     |

Correspondiente al esquema de tratamiento: TB SENSIBLE

TB rH  ECI  EOP  EOA

TB pre XDR/XDR  Otros  \_\_\_\_\_

Manifiesto mi conformidad para recibirlo en forma regular (sin inasistencia, ni pérdida en el seguimiento),  
 totalmente supervisado por el personal del establecimiento y con estricto cumplimiento de las normas de la  
 Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB). También me comprometo a facilitar el examen  
 de mis contactos.

Exceptúo de responsabilidad médico legal al médico tratante, al equipo de salud a cargo de la administración  
 de los medicamentos, dentro del Establecimiento de Salud o en domicilio, y al Ministerio de Salud, si se  
 presentase evolución desfavorable o complicaciones derivadas del tratamiento descrito.

En señal de conformidad, firmo el presente consentimiento informado.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

DNI del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del apoderado: \_\_\_\_\_

DNI del apoderado: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

DNI del testigo: \_\_\_\_\_

Firma y sello del médico informante: \_\_\_\_\_

DNI del médico: \_\_\_\_\_ CMP: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_



NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

**ANEXO N° 10: FORMATO DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE  
ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO EN TUBERCULOSIS**

Yo, \_\_\_\_\_ en calidad de  
paciente ( ), apoderado ( ), padre ( ), madre ( ) identificado con DNI/CE N° \_\_\_\_\_,  
de mi apoderado/menor hijo(a) \_\_\_\_\_ identificado(a)  
con DNI/CE N° \_\_\_\_\_, declaro que a pesar de haber/se recibido la explicación del  
diagnóstico, tratamiento, posibilidades de respuesta al tratamiento, así como los riesgos que representa la  
afección a mí/su salud y las complicaciones e implicancias en la salud pública por el riesgo de contagio que  
puedo/da provocar (marcar con "X"):

SE DESISTE A RECIBIR O QUE RECIBA TRATAMIENTO ANTTUBERCULOSIS

SE DESISTE CONTINUAR HOSPITALIZADO

Por lo cual, exonero/exoneramos de toda responsabilidad al médico tratante, al E.S. y al Ministerio de Salud,  
asumiendo la responsabilidad legal que esto implica.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Huella (s) digital (es)

Del paciente/padre y/o madre/apoderado

Nombres y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_

DNI/CE N°: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Huella digital

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI/CE N°: \_\_\_\_\_

**ANEXO N° 11: POSOLOGÍA DE MEDICAMENTOS ANTI-TB DE PRIMERA LÍNEA PARA TB SENSIBLE EN DOSIS SEPARADAS Y DOSIS FIJAS COMBINADAS (DFC)**

**Tabla N° 1:**  
**Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas de 15 años o más**

Medicamentos	Primera fase diaria		Segunda fase tres veces por semana	
	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8-12)	600 mg
Pirazinamida (Z)	25 (20-30)	2000 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1600 mg		

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis.

**Tabla N° 2:**  
**Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas menores de 15 años**

Medicamentos	Primera fase diaria		Segunda fase tres veces por semana	
	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	10 (10 -15)	300 mg	10 (10-20)	900 mg
Rifampicina (R)	15 (10-20)	600 mg	15 (10-20)	600 mg
Pirazinamida (Z)	35 (30-40)	1500 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1200 mg		

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis.

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

**Tabletas en DFC por día, según peso de la persona afectada por TB**

**Cuadro N° 1: Número de tabletas en DFC por día, según peso del paciente sin VIH**

Medicamento	Concentración y presentación farmacéutica	Número de tabletas en DFC por día, según peso del paciente sin VIH.				Duración de esquema	Días en los que tomará el medicamento por fases.	
		30-37 kg	38-54 kg	55-70 kg	>70 kg		PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE
							2(HREZ) Diario 50 dosis	4(H3R3) Tres veces por semana 54 dosis
Rifampicina / Isoniazida / Pirazinamida / Etambutol.	Tableta 150 mg+75mg +400mg+275mg (DFC).	02	03	04	05	2 meses	X	
Rifampicina/ Isoniazida	Tableta 150mg+150mg (DFC).	02	03	04	05	4 meses		X

**Cuadro N° 2: Número de tabletas en DFC por día, según peso del paciente con VIH**

Medicamento	Concentración y presentación farmacéutica	Número de tabletas en DFC por día, según peso del paciente con VIH.				Duración de esquema	Días en los que tomará el medicamento por fases.	
		30-37 kg	38-54 kg	55-70 kg	>70 kg		PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE
							2(HREZ) Diario 50 dosis	4(HR) Diario 100 dosis
Rifampicina / Isoniazida / Pirazinamida / Etambutol.	Tableta 150mg +75mg +400mg+275mg (DFC).	02	03	04	05	2 meses	X	
Rifampicina/ Isoniazida.	Tableta 150mg +75 mg (DFC).	02	03	04	05	4 meses		X

**Cuadro N° 3: Número de tabletas en DFC por día, según peso del paciente con TB miliar o extrapulmonar con compromiso del SNC u osteoarticular**

Medicamento	Concentración y presentación farmacéutica	Número de tabletas en DFC por día según peso del paciente con TB miliar o extrapulmonar con compromiso del SNC u osteoarticular.				Duración de esquema	Días en los que tomará el medicamento por fases	
		30-37 kg	38-54 kg	55-70 kg	>70 kg		PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE
							2(HREZ) Diario 50 dosis	10(HR) Diario 250 dosis
Rifampicina/ Isoniazida/ Pirazinamida/ Etambutol.	Tableta 150 mg +75mg+400mg+275mg (DFC).	02	03	04	05	2 meses	X	
Rifampicina/ Isoniazida	Tableta 150mg+75mg (DFC).	02	03	04	05	10 meses		X

**ANEXO N° 12: POSOLOGÍA DE MEDICAMENTOS ANTI-TB DE SEGUNDA LÍNEA PARA TB RESISTENTE**

**Tabla N° 01:  
Medicamentos para TB resistente**

Fármacos	Dosis	Dosis en >15 años			Dosis máxima (>70 kg)	Presentación en forma individual
	3 meses - <15 años	<33 kg	33-50 kg	51-70 kg		
<b>Amikacina (Am)</b>	15-20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500-750 mg	1000 mg	1000 mg	Amp. X 250 mg
<b>Amoxicilina/Clavulato (Amx/Clv)</b>	80 mg/kg dividido en 2 dosis basado en amoxicilina.	40 mg/kg/día, máximo 2000 mg Adultos: 1000/250 mg cada 12 horas.				Tab. X 500/125 mg
<b>Bedaquilina (Bdq)</b>	Solo en >5 años: 15-29 kg: 200 mg/día x 14 dosis. Luego 100 mg 3v/sem, por 22 semanas. >29 kg: 400 mg /día x 14 dosis. Luego 200 mg 3v/sem, por 22 semanas.	400 mg /día x 14 dosis. Luego 200 mg 3v/sem, por 22 semanas.				Tab. X100 mg
<b>Cicloserina (Cs)</b>	15-20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500 mg	750 mg	1000 mg	Tab. X 250 mg
<b>Clofazimina (Cfz)</b>	2-3 mg/kg/día, si el niño tiene <25kg dar 100 mg cada 2 días. Max. 200mg.	3-5 mg/kg/día 200 a 300 mg por día hasta pigmentación de la piel (2 meses), luego 100 mg/día.				Cápsula x 100 mg
<b>Etambutol (E)</b>	15-25 mg/kg/d Max.1200mg/d	20-25 mg/kg/d	800-1200 mg	1200-1600 mg	1600 mg	Tab. X 400 mg.
<b>Etionamida (Eto)</b>	15-20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500 mg	750 mg	1000 mg	Tab. X 250 mg
<b>Imipenem-Cilastatina (Ipm-Cln)</b>	Solo IV, según prescripción de médico tratante.	20 - 40 mg/kg/día en 2 dosis Adultos:1000 mg cada 12 horas.				Amp. X 500 mg
<b>Levofloxacina (Lfx)</b>	< = 5 años: 7.5-10 mg/kg x 2v/d > 5 años: 10-15 mg/ kg/día.	10-15 mg/kg/d	750 mg	750 mg	750-1000 mg	Tab. X 500 mg Tab. X 250 mg
<b>Linezolid (Lzd)</b>	Niños < 10 años: mg/kg/dosis, 2v/d Niños ≥ 10 años: 300 mg diario	Adultos: 10-20 mg/kg/día (600 mg una vez al día).				Tab. X 600 mg
<b>Meropenem (Mpm)</b>	20-40 mg/kg c/8 h Max. 6gr/d	20-40 mg/kg c/8h Adultos: iniciar con 1000 mg cada 8 horas, o 2000 mg cada 12 horas.				Amp. X 500 mg
<b>Moxifloxacino (Mfx)</b>	- 10 mg/kg/d Max. 400mg	10 mg/kg/d	400 mg	400 mg	400 mg	Tab. X 400 mg

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

**ANEXO N° 13: MONITOREO DEL TRATAMIENTO DE LA TB SENSIBLE Y TB RESISTENTE**

**Tabla N° 01:  
 Monitoreo del tratamiento de la TB sensible**

Procedimientos	Estudio basal	Meses de tratamiento					
		1	2	3	4	5	6
Hemograma completo.	X						
Glicemia en ayunas.	X						
Creatinina.	X						
Perfil hepático**.	X		X				
Prueba rápida o ELISA para VIH 1-2.	X						
Prueba de embarazo (mujeres en edad fértil).	X						
Radiografía de tórax.	X		X				X
Prueba de sensibilidad rápida*.	X						
Baciloscopia de esputo de control.	X	X	X	X	X	X	X
Cultivo de esputo.	X		X				X
Evaluación por enfermería.	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación por médico tratante.	X	X	X				X
Evaluación por servicio social.	X		X				X
Evaluación por psicología.	X		X				X
Evaluación nutricional.	X	X	X	X	X	X	X
Control por planificación familiar.	X		X				X
Control de peso.	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación por especialidad según comorbilidad.	X		X		X		X

\* MODS, MGIT, Genotype o prueba molecular automatizada.

\*\* Perfil Hepático: TGO, TGP, bilirrubinas totales y fraccionadas, fosfatasa alcalina, proteínas totales y fraccionadas.

**Tabla N° 02:**  
**Monitoreo del tratamiento de la TB resistente H y TB RR/MDR con ECI.**

Procedimientos	Estudio basal	Meses de tratamiento*					
		3	6	9	12	15	Entre 18 a 24
Hemograma completo.	X	X	X				
Glicemia en ayunas.	X	X	X				
Creatinina (hasta retiro de inyectable).	X	X	X	X			
Perfil hepático.	X	X	X		X		
Electrolitos (Na, K, Cl) (si esquema incluye inyectables).	X	X	X				
TSH (si esquema incluye Eto).	X	Según indicación de médico consultor.					
Prueba rápida o ELISA para VIH 1-2.	X		X		X		X
Prueba de embarazo (mujeres en edad fértil).	X		X		X		X
Radiografía de tórax.	X		X		X		X
Tomografía de tórax*.	X		X				
Baciloscopia de control.		Mensual					
Cultivo de control.		Mensual					
Evaluación por enfermería.	X	Mensual					
Evaluación por médico tratante.	X	Mensual					
Evaluación por médico consultor.	X	Trimestral					
Evaluación por servicio social.	X	Trimestral					
Evaluación por psicología.	X		X		X		X
Evaluación por psiquiatría (si esquema incluye Cicloserina o presenta comorbilidad).	X	Según indicación de médico consultor.					
Audiometría y otomolaringología (si esquema incluye inyectables).	X	x	X				
Evaluación nutricional.	X	x	X	x	X	x	X
Control por planificación familiar.	X	X	X	X	X	X	X
Control de peso.	X	Mensual					

TSH: hormona estimulante de tiroideas.

\*Según criterio de médico consultor intermedio. A los 6 meses para evaluar posibilidad quirúrgica.

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

**ANEXO N° 14: LISTA DE CHEQUEO PARA LA PRESENTACIÓN DE EXPEDIENTES AL  
 CRER/CER/CNER**

DIRIS/DIRESA/GERESA:	RED:	PESO:
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		TALLA:
APELLIDOS Y NOMBRES:		EDAD:
DNI:	CONFORME	OBSERVAC.
1. Resumen* de caso elaborado por el médico consultor o acta del CER/CRER/CNER*.		
2. Anexo 8: Resumen de historia clínica del paciente con TB resistente.		
3. Fotocopia de las tarjetas con tratamientos anti-TB previos.		
4. Formato de notificación inmediata del tratamiento con medicamentos de 2da línea (notificación de inicio y/o egreso)** ?		
5. Fotocopia de los resultados de baciloscopias (tres últimos).		
6. Fotocopia de resultados cultivos (tres últimos).		
7. Resultado de las pruebas de sensibilidad.		
8. Serie radiográfica: radiografía y/o tomografía (**).		
9. Informe psicológico.		
10. Informe de servicio social.		
11. Informe de enfermería sobre los factores de riesgo para la adherencia al tratamiento.		
12. Informe del nutricionista.		
13. I/C psiquiatría.		
14. Audiometría.		
15. Espirometría (para casos quirúrgicos).		
15. Otros (I/C con otras especialidades**, notificaciones e informes de: RAM, reto).		
16. Análisis de laboratorio.		
a.- Hemograma completo.		
b.- Glucosa, proteínas totales y fraccionadas.		
c.- Creatinina y urea.		
d.- TGO.		
e.- TGP.		
f.- Fosfatasa alcalina.		
g.- Serología para VIH y hepatitis B.		
h.- Beta-HCG sérica.		
l.- Electrolitos, TSH (según sea el caso).		
17. Consentimiento y asentimiento informados* (éste último según corresponda).		
18. Documento Nacional de Identidad (DNI)****		
19. Copia de afiliación SIS, ESSALUD, otros.		

(\*) En casos de TB XDR: confirmados o en tratamiento, informe del médico consultor de la UNET para el CNER.

(\*\*) Según lo requiera el caso.

(\*\*\*) Para casos quirúrgicos.

(\*\*\*\*) Si el paciente es menor de edad adjuntar DNI del paciente y padres o apoderado.

\*El asentimiento informado: según registro en la historia clínica.

2 No considerar por ser reportado a través del SIGTB.

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

**ANEXO N° 19: FORMATO DE SUPERVISIÓN**

DIRIS/DIRESA/GERESA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

N°	ELEMENTO	VALOR ASIGNADO	VALOR ALCANZADO	HALLAZGOS	VERIFICADOR
<b>A</b>	<b>GESTIÓN</b>	<b>11</b>	<b>0</b>		
1	El PEI / POA actual de la DIRIS/DIRESA/GERESA considera actividades referidas a la prevención y control de la TB y se cumplen de acuerdo a la programación.	1	0		Verificar la implementación y cumplimiento de actividades de la programación PEI / POA.
2	La ESPCT ha identificado y priorizado las zonas de alto riesgo de transmisión de su jurisdicción.	1	0		Ver Mapa epidemiológico actualizado.
3	La ESPCT consolida, analiza y emite recomendaciones a partir de la evaluación periódica de los indicadores operacionales y epidemiológicos de su jurisdicción.	1	0		Informes de indicadores / Actas de reuniones con equipos de gestión de las Microrredes y E.S.
4	La ESPCT analiza y emite recomendaciones a partir de los estudios de cohorte de tratamientos antituberculosis.	1	0		Informe de cohortes / Actas de reuniones para análisis de cohortes.
5	La ESPCT cuenta con una programación anual de supervisión a sus Redes de Salud/ Microrredes/E.S. de su jurisdicción y da cumplimiento a la misma.	1	0		Verificar cumplimiento de la Programación anual mediante la revisión de Informes de supervisión (integral o específica).
6	La ESPCT monitorea el cumplimiento de los compromisos asumidos por la Red de Salud/Microrredes/E.S. como resultado de la supervisión.	1	0		Verificar la realización de actividades de monitoreo mediante la presentación de informes y evaluación de los resultados.
7	La ESPCT cuenta con un plan de capacitación anual o ha programado en el PDP de la Red de Salud actividades de capacitación referidas a la prevención y control de la TB y da cumplimiento al mismo	1	0		Programación anual de capacitación / Informes de reuniones de capacitación (Puede formar parte del Plan de Capacitación de la Red de Salud)
8	La ESPCT evalúa los resultados de las capacitaciones realizadas a fin de verificar el incremento de competencias del personal	1	0		Informe de evaluación de las capacitaciones realizadas
9	La DIRIS/DIRESA/GERESA realiza coordinaciones multisectoriales e interinstitucionales para fortalecer las actividades de promoción, prevención y control de la TB.	1	0		Actas de reuniones - Acta de instalación de Comité, Informes de participación en reuniones multisectoriales
10	La DIRIS/DIRESA/GERESA supervisa que sus redes de salud, hospitales e institutos especializados cuenten con su Plan de Control de Infecciones Respiratorias aprobado y oficializado, e implementado según lo programado.	1	0		Plan con RD aprobado e Informes de supervisión y de las actividades ejecutadas según lo programado.
11	La DIRIS/DIRESA/GERESA implementa adecuadamente el SIGTB y cumple con el registro e ingreso de información oportuna.	1	0		Verificar registro y cumplimiento según reporte del SIGTB.
<b>B</b>	<b>CER/CRER</b>	<b>3</b>	<b>0</b>		

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

N°	ELEMENTO	VALOR ASIGNADO	VALOR ALCANZADO	HALLAZGOS	VERIFICADOR
12	El CER/ CRER está autorizado por la ESPCT y establecido formalmente con Resolución Directoral vigente. (Renovación anual)	1	0		Ver Documento de organización y conformación del CER / CER – DIRIS/ DIRESA/GERESA a la que haga sus veces.
13	El CER/ CRER cuenta con cronograma de reuniones y libro de actas	1	0		Verificar la existencia del cronograma y libro de actas
14	El CER/ CRER remite copia de los expedientes que requieren evaluación por CNER.	1	0		Solicitar cargos de remisión de expedientes enviados
<b>C SISMED</b>		<b>3</b>	<b>0</b>		
15	La DIRIS/DIRESA/GERESA cuenta con stock disponible de insumos y medicamentos estratégicos y de soporte.	1	0		Verificar que el 100% de medicamentos de la ESPCT de la DIRIS/DIRESA/GERESA se encuentre en normo stock (provisión para 4 meses continuos)
16	La distribución de los medicamentos se realiza de acuerdo a los requerimientos de las Microrredes o E.S.	1	0		Verificar PECOSAS emitidas para la distribución de medicamentos a los E.S.
17	El o los almacenes de la DIRIS/DIRESA/GERESA cumplen con las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA)	1	0		Verificar cumplimiento de las BPA (Verificar presencia de termohigrómetro ambiental, registro de control de T° / Control de fechas de vencimientos, entre otros)
<b>D LABORATORIO</b>		<b>6</b>	<b>0</b>		
18	El Laboratorio de Referencia Regional realizan procedimientos técnicos de prueba molecular rápida automatizada, cultivo y/o prueba de sensibilidad a medicamentos de acuerdo a su nivel.	1	0		Verificar los libros de registro de procedimientos realizados (bacteriología y/o pruebas de sensibilidad)
19	El Laboratorio de Referencia Regional realizan controles de calidad de los cultivos y las baciloscopías remitidas por los niveles intermedio y/o local.	1	0		Verificar los informes de Control de Calidad y resultados de los mismos.
20	La DIRIS/DIRESA/GERESA cuenta con un plan de capacitación, supervisión y evaluación de los laboratorios de nivel intermedio y/o local.	1	0		Verificar la existencia de un plan de capacitación, supervisión y evaluación de laboratorios intermedios y locales
21	Los laboratorios cuentan con los equipos biomédicos necesarios y además se les realiza mantenimiento preventivo de acuerdo a un plan anual.	1	0		Verificar la presencia de equipos biomédicos y de informes de mantenimiento preventivo de equipos
22	La DIRIS/DIRESA/GERESA cuenta con un plan de bioseguridad para sus laboratorios y ejecuta las actividades descritas en dicho plan.	1	0		Verificar la existencia de un plan de bioseguridad vigente y la ejecución de las actividades descritas.
23	La DIRIS/DIRESA/GERESA cuenta con convenio con una Empresa Prestadora de Servicios para la eliminación de Residuos Sólidos (EPS-RS)	1	0		Verificar la suscripción de un convenio con EPS-RS
<b>E PROMSA</b>		<b>2</b>	<b>0</b>		
24	La DIRIS/DIRESA/GERESA cuenta con un Plan de Promoción de la Salud Anual y realiza actividades con promotores o ACMS en el que se incluyen temas o actividades relacionadas a TB.	1	0		Verificar Plan. Verificar ejecución de actividades de promotores y/o ACMS.

**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CIUDADANO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD**

N°	ELEMENTO	VALOR ASIGNADO	VALOR ALCANZADO	HALLAZGOS	VERIFICADOR
25	La DIRIS/DIRESA/GERESA mide el impacto de las actividades con promotores o ACMS en temas o actividades relacionadas a TB.	1	0		Verificar el análisis de los promotores o ACMS mediante indicadores de resultados
<b>F</b>	<b>PRESUPUESTO POR RESULTADO (PpR)</b>	<b>2</b>	<b>0</b>		
26	La DIRIS/DIRESA/GERESA ha realizado la programación presupuestal en concordancia con los productos e indicadores del PP 016 TB-VIH/SIDA que incluye actividades de la ESPCT	1	0		Documento de asignación presupuestal. Ver Sistema de Consulta Amigable de ejecución del gasto PpR
27	La Oficina de Planeamiento de la DIRIS/DIRESA/GERESA o quien haga sus veces analiza la calidad de la ejecución de gasto conjuntamente con la ESPCT.	1	0		Ver actas de reuniones, solicitar la específica de gasto y verificar si está relacionada a los objetivos de la ESPCT
<b>PUNTAJE TOTAL</b>		<b>27</b>	<b>0</b>	<b>&lt; 40%: Inicio, 41 – 80%: Proceso, &gt; 80%: Adecuado</b>	
<b>%</b>		<b>100%</b>	<b>0%</b>		

GESTIÓN	0	0%
CER/CERI – RED	0	0%
SISMED	0	0%
LABORATORIO	0	0%
PROMSA	0	0%
PRESUPUESTO POR RESULTADO (PpR)	0	0%

< 40%: Inicio  
 42 – 80%: Proceso  
 > 80%: Adecuado



**REGISTRO DE CASO Y CONTROL DE TRATAMIENTO PARA TB SENSIBLE**

NTS N° 200 - MINSAD/IEDEP, 2023, aprobada con Resolución Ministerial N° 339-2023-MI/DIRIS/RES/SA/GERESA.

Localización de la TB:  Pulmonar  Extrapulmonar  Específico

Confirmación histopatológica:  SI  NO

Condición de ingreso:  Nuevo  Recidiva  Perdida en el seguimiento recuperado  Tratamiento fallido

Balance de análisis:  Completo  Parcial  No realizado

TAMPAJE DE VIH	Fecha	Resultado	TAMPAJE DE DM	Fecha	Resultado
Consajoría por test VIH			Pruebas de Glicemia en ayunas (si el resultado es > 126 mg/dl repite el examen en exceso de 72 hrs)		
Prueba de VIH			Prueba de Glicemia en ayunas		
TB-VIH			TB-DM		
Dt. VIH previo a TB			Dt. DM previo a TB		
Dt. VIH durante TB			Dt. DM durante TB		
CD4 (último resultado)					
Inicio de TPC					
Inicio de TARY					

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICO**

¿TAT es personal de salud?  SI  NO

Profesión: \_\_\_\_\_

Condición laboral: \_\_\_\_\_

Servicio donde trabaja: \_\_\_\_\_

Tiempo en mesas que trabaja en el servicio: \_\_\_\_\_ (Solo si es personal de salud)

Administración de tratamiento (más si inicio tratamiento):  DOT domiciliario  DOT institucional  DOT con red de soporte comunitario  DOT con red de soporte familiar

Antecedente de contacto:  Caso índice  Contacto TB sensible  Contacto TB RIUMDR  Contacto TB pre XDR/XDR  Contacto de fallecido por tuberculosis  Contacto otros TB DR  Recibió TPTB

Factores sociales:  Antecedente de internamiento en un penal  Antecedente de delincuencia  Chofar o cobrador de transporte público  Persona en estado de abandono  Paciente perdido en el seguimiento recurrente del tratamiento anti-tuberculoso  Ninguno

Comorbilidad y condiciones de riesgo:  Cáncer  IRC  Alcoholismo  Ninguno  Otros Especificar: \_\_\_\_\_  Tabaquismo  Diabetes/poliopatía  Desnutrición  Drogadependencia

El paciente estudia o trabaja en una institución educativa:  SI  NO

Nombre de la institución educativa (I.E.): \_\_\_\_\_

Tipo de institución educativa: \_\_\_\_\_

Rol del paciente en la I. E.: \_\_\_\_\_

**RESULTADO DE BACTERIOLOGÍA**

Mes	Bacteriología PIMA			Cultivo		
	Fecha Ocl.	Código	Resultado	Fecha Ocl.	Código	Resultado
0						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						



NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

**ANEXO N° 1: FORMATO DE SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA**

1. DIRIS/DIRESA/GERESA: \_\_\_\_\_ Red de Salud: \_\_\_\_\_  
 E.S.: \_\_\_\_\_ 2. Servicio: \_\_\_\_\_ Cama N°:   
 3. \_\_\_\_\_ Apellidos y nombres Edad:  Sexo:   
 DNI/CE:  Teléfono:  Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
 4. Tipo de Muestra: Espudo:  Otro:  Especificar: \_\_\_\_\_  
 5. Antecedente de tratamiento: Nunca tratado:  Antes tratado: Recaida:  Perd. de segun recup:  Tratamiento fallido:   
 6. Ex. solicitador: Baciloscopia: 1ra M  2da M  Otras (especificar N°)  Cultivo:   
 Prueba Molecular Rápida - PMMA\*: 1ra M  2da M  Especificar: \_\_\_\_\_  
 Prueba de Sensibilidad: Rápida:  Especificar: \_\_\_\_\_ Fenotípica:  Especificar: \_\_\_\_\_  
 7. Motivo de la prueba: S.R.  Seg. diagnóstico  Rx. anormal  Control de tratamiento: Mes   
 8. Grupo de riesgo: PVV  DM  PPL  Personal de salud   
 Contacto TB MDR  Otros:  Especificar: \_\_\_\_\_  
 9. Factores de riesgo TB resistente a medicamentos: \_\_\_\_\_  
 10. Fecha de obtención de la muestra: \_\_\_\_\_ 11. Calidad de la muestra: Adecuada:   
para ser completado por el laboratorio Inadecuada:   
 12. Datos del solicitante: Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_  
 13. Observaciones: \_\_\_\_\_

(PARA SER LLENADO POR EL LABORATORIO)

14. RESULTADOS: BACILOSCOPIA/CULTIVO

Fecha de proceso	Examen	N° de registro de laboratorio	Resultados (solo marcar casilla correspondiente)				Observaciones
			Fecha de entrega de resultados	Negativo (Anotar !)	N° BAAFV Colonias	POSITIVO (Anotar paucobacilar, +, ++, +++ con color rojo)	
	Baciloscopia						
	Cultivo						Describir aspecto macroscópico:

Los resultados de la prueba molecular rápida y prueba de sensibilidad se encontrarán disponibles en sistema de información INS - Netlab

15. Resultados de prueba molecular rápida ingresada a Netlab

16. Apellidos y nombres del laboratorista: \_\_\_\_\_

17. Observaciones: \_\_\_\_\_

\* Plataforma Multidiagnóstica Molecular Automatizada



NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CURSADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

**ANEXO N° 4-A: REGISTRO DE CASO Y CONTROL DE TRATAMIENTO  
 DE CASOS CON ESQUEMA PARA TB SENSIBLE**

Institución: <b>DIRIS-DIRESA-DIGERESA</b>		N° de caso:			
Red de Salud: <b>Microrred de Salud</b>		Fecha de registro:			
E.S.:					
Código SIGTB:	N° Historia Clínica:	Tipo de seguro:			
		N° afiliación:			
<b>Datos de la persona afectada por tuberculosis</b>					
Apellidos:		Sexo:			
Nombres:		Edad:			
Tipo de Doc. de identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de extranjería <input type="checkbox"/> Otro		N° de documento:			
<b>Lugar de residencia</b>					
Dirección:					
Departamento:		Provincia:			
Distrito:		Pertenencia étnica:			
Fecha de DX:	Esquema de tto. (especificar en siglas)	Transferencia recibida (indicar fecha)			
<b>Situación Inicial</b>					
<input type="checkbox"/> Inició tratamiento <input type="checkbox"/> Pérdida en el seguimiento (sin iniciar tratamiento)		<input type="checkbox"/> Fallecido (sin iniciar tratamiento) Especificar: <input type="checkbox"/> En espera de tto    Fecha de fallecimiento: _____ <input type="checkbox"/> Sin tto definido    Lugar de fallecimiento: Domicilio <input type="checkbox"/> Causa asociada a tuberculosis: SI <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
<b>Localización de la TB</b>					
<input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Extrapulmonar    Especificar: _____ TB miliar    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Confirmación histopatológica    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
<b>Condición de ingreso</b>		<b>Batería de análisis</b>			
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Pérdida en el seguimiento recuperado <input type="checkbox"/> Recaída <input type="checkbox"/> Tratamiento fallido		<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> No realizada			
<b>TAMIZAJE DE VIH</b>	<b>Fecha</b>	<b>Resultado</b>	<b>TAMIZAJE DE DM</b>	<b>Fecha</b>	<b>Resultado</b>
Consejería pre test VIH			Prueba de Glicemia en ayunas (si el resultado es ≥ 126 mg/dl repetir el examen en menos de 72 hrs)		
Prueba de VIH			Prueba de Glicemia en ayunas		
TB-VIH			TB-DM		
Dx. VIH previo a TB.			Dx. DM previo a TB		
Dx. VIH durante tto TB			Dx. DM durante tto TB		
CO4 (último resultado)					
Inicio de TPC					
Inicio de TARV					

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICO**

PAT es personal de salud: SI  NO

Ocupación actual

Fecha de inicio de síntomas

E.S. donde labora	
Profesión	<input type="text"/>
Condición laboral	<input type="text"/>
Servicio donde labora	<input type="text"/>
Tiempo en meses que labora en el servicio	<input type="text"/>

(Solo si es personal de salud)

<b>Criterio de Dx.</b> <input type="checkbox"/> Bacteriológico <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Radiológico <input type="checkbox"/> Epidemiológico <input type="checkbox"/> Otros Especificar: <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Antecedente de contacto</b> <input type="checkbox"/> Caso índice <input type="checkbox"/> Contacto TB sensible <input type="checkbox"/> Contacto TB RR/MDR <input type="checkbox"/> Contacto TB pre XDR/XDR <input type="checkbox"/> Contacto de fallecido por tuberculosis <input type="checkbox"/> Contacto otros TB DR <input type="checkbox"/> Recibió TPTB	<b>Administración de tratamiento</b> <small>(solo si inicio tratamiento)</small> <input type="checkbox"/> DOT domiciliario <input type="checkbox"/> DOT institucional <input type="checkbox"/> DOT con red de soporte comunitario <input type="checkbox"/> DOT con red de soporte familiar
---	---	---

<b>Comorbilidad y condiciones de riesgo</b> <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Gestante/puérpera <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Drogodependencia	<input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros Especificar: <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Factores sociales</b> <input type="checkbox"/> Antecedente de internamiento en un penal <input type="checkbox"/> Antecedente de delincuencia <input type="checkbox"/> Chofer o cobrador de transporte público <input type="checkbox"/> Persona en estado de abandono <input type="checkbox"/> Paciente perdido en el seguimiento recurrente del tratamiento antituberculosis <input type="checkbox"/> Ninguno
---	---	--

El paciente estudia o labora en una institución educativa SI  NO

Nombre de la institución educativa (I. E.)

Tipo de institución educativa

Rol del paciente en la I. E.

**RESULTADO DE BACTERIOLOGÍA**

Mes	Baciloscopia/PMMA				Cultivo			
	Fecha obt.	Código	Resultado	F. resul.	Fecha obt.	Código	Resultado	F. resul.
0								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

**ANEXO N° 4-B: REGISTRO DE CASO Y CONTROL DE TRATAMIENTO DE CASOS CON ESQUEMA PARA TB RESISTENTE**

Institución:	DIRIS/DIRESA/GERESA:	N° de caso:	
Red de Salud:	Micromed de Salud:	Fecha de registro:	
E.S.:		Código SIGTB:	
Medico tratante:		N° Historia Clínica:	
		Tipo de seguro:	

Datos de la persona afectada por tuberculosis	
Apellidos:	Sexo
Nombres:	Edad
Tipo de documento:	N° de documento
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de extranjería <input type="checkbox"/> Otro	
Lugar de residencia	
Dirección:	
Departamento	Provincia
Distrito	Pertenencia étnica

Situación inicial	
<input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Pérdida en el seguimiento (sin iniciar tratamiento)	<input type="checkbox"/> Fallecido (sin iniciar tratamiento) Especificar: <input type="checkbox"/> En espera de tto <input type="checkbox"/> Sin tto definido Fecha de fallecimiento: _____ Asociada a tuberculosis: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Lugar de fallecimiento: Domicilio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>

Fecha de Dx.	Esquema de tto.	Tipo de resistencia	Situación de resistencia
Fecha de inicio de tto.			
Peso inicial:	<input type="checkbox"/> Para TB rH <input type="checkbox"/> Oral Acortado <input type="checkbox"/> Oral Prolongado <input type="checkbox"/> Con inyectable <input type="checkbox"/> Para pre-XDR/XDR <input type="checkbox"/> Modificado (RAM u otros)	<input type="checkbox"/> XDR <input type="checkbox"/> Pre XDR <input type="checkbox"/> MDR <input type="checkbox"/> R resistente <input type="checkbox"/> H resistente <input type="checkbox"/> Polirresistente	<input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Sospechoso
Talla			

Localización de la TB	Especificar _____
<input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> TB miliar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Extrapulmonar Confirmación histopatológica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Condición de ingreso	Batería de análisis
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Pérdida en el seguimiento recuperado <input type="checkbox"/> Recaída <input type="checkbox"/> Fracaso	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> No realizada <input type="checkbox"/> Parcial
Transferencia recibida <input type="checkbox"/>	Indicar fecha _____

TAMIZAJE DE VIH	Fecha	Resultado	TAMIZAJE DE DM	Fecha	Resultado
Consejería pre test VIH			Prueba de Glicemia en ayunas ( Si el resultado es $\geq$ 126 mg/dl repetir la muestra en menos de 72 hrs)		
Prueba de VIH			Prueba de Glicemia en ayunas		
TB-VIH			TB-DM		
Dx. VIH previo a TB.			Dx. DM previo a TB		
Dx. VIH durante tto TB			Dx. DM durante tto TB		
CD4 (último resultado)					
Inicio de TPC					
Inicio de TARV					



NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS**

PAT es personal de salud: SI  NO

Ocupación actual:

Fecha de inicio de síntomas

E.S. donde labora:

Profesión	<input type="text"/>
Condición laboral	<input type="text"/>
Servicio donde labora	<input type="text"/>
Tiempo en meses que labora en el servicio (Solo si es personal de salud)	<input type="text"/>

<p><b>Criterio de Dx.</b></p> <input type="checkbox"/> Bacteriológico <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Radiológico <input type="checkbox"/> Epidemiológico <input type="checkbox"/> Otros Especificar: <input type="text"/>	<p><b>Antecedente de contacto</b></p> <input type="checkbox"/> Caso índice <input type="checkbox"/> Contacto TB sensible <input type="checkbox"/> Contacto TB otros DR <input type="checkbox"/> Contacto TB RR/MDR <input type="checkbox"/> Contacto TB pre-XDR/XDR <input type="checkbox"/> Contacto de fallecido por TB <input type="checkbox"/> Recibió TPTB	<p><b>Administración de tratamiento (solo si inicio tratamiento)</b></p> <input type="checkbox"/> DOT domiciliario <input type="checkbox"/> DOT institucional <input type="checkbox"/> DOT con red de soporte comunitario <input type="checkbox"/> DOT con red de soporte familiar
---	---	---

<p><b>Comorbilidad y condiciones de riesgo</b></p> <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Gestante/púrpura <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Drogodependencia	<input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros Especificar: <input type="text"/>	<p><b>Factores sociales</b></p> <input type="checkbox"/> Antecedente de internamiento en un penal <input type="checkbox"/> Antecedente de delincuencia <input type="checkbox"/> Chofer o cobrador de transporte público <input type="checkbox"/> Persona en estado de abandono <input type="checkbox"/> Paciente abandonador recurrente del tratamiento antituberculosis <input type="checkbox"/> Ninguno
--	---	--

El paciente estudia o labora en una institución educativa SI  NO

Nombre de la institución educativa (I. E.)

Tipo de institución educativa

Rol del paciente en la I. E.

**Revisión del Comité Regional o Nacional de Evaluación de Retratamientos: fechas y decisiones**

Fecha	Decisión	Próxima fecha

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS, FAMILIA Y COMUNIDAD

**ANEXO N° 4-C: CONTROL DE TERAPIA PREVENTIVA DE LA TUBERCULOSIS (TPTB)**

Institución:	DIRIS/DIRESA/GERESA	N° de registro:
Red de Salud:	Microrred de Salud:	Fecha de registro:
E.S.:		

DATOS DE LA PERSONA			
N° Historia Clínica:	Tipo de seguro:	N° Afiliación:	
Apellidos y nombres:		Sexo	Edad
Tipo de doc. de identidad:		N° de documento	
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de extranjería <input type="checkbox"/> Otro			
Dirección de residencia:			
Departamento		Provincia	
Distrito		Pertenencia étnica	

DATOS DE DESCARTE DE INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (ITBL)				
Prueba	PPD	IGRA		
Fecha de toma				
Fecha de lectura				
Resultado				

GRUPO ESPECÍFICO DE TPTB	
<input type="checkbox"/> Menores de 5 años contacto de TBP. <input type="checkbox"/> Mayor o igual a 5 años contacto de TBP con resultado de PPD $\geq$ 10mm o IGRA positivo. <input type="checkbox"/> Persona con VIH <input type="checkbox"/> Persona c/ dx de ITBL detectada sistemáticamente con vulnerabilidad sanitaria. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Conversión reciente (< 2 años) del PPD o IGRA en $\geq$ 5 años <input type="checkbox"/> Personas con diagnóstico de ITBL con comorbilidad de riesgo. Especifique: _____	

DATOS DEL CASO ÍNDICE (solo si la persona es contacto de TBP)	
Código SIGTB:	Apellidos y nombres:
Tipo de doc. de identidad:	
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de extranjería <input type="checkbox"/> Otro	
N° de documento	
Tipo de TB	
<input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Resistente   rH <input type="checkbox"/> RR/MDR <input type="checkbox"/>	
Indicar N° de contacto, según Anexo N° 4 del Caso índice: <input type="text"/>	

			
		<p>* 50 CARTILLAS DE ATENCIÓN Y CODIFICACIÓN RIS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DISEÑO: según modelo de implementación de la estrategia.</li> <li>- TAMAÑO: 21 CM x 30 CM</li> <li>- IMPRESIÓN: IMPRESAS EN AMBOS LADOS, FULL COLOR.</li> <li>- MATERIAL: ANILLADAS Y PLASTIFICADAS.</li> </ul> <p>COORDINAR CON EL AREA USUARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>	
		<p>* 50 BANNER DE ALIMENTACION Y NUTRICION SALUDABLE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TAMAÑO: 1.20 CM de largo x 1.00 ancho</li> <li>- IMPRESION: FULL COLOR.</li> <li>- ACABADO: IMPRESION EN BANNER DE 10 ONZAS.</li> </ul> <p>COORDINAR CON EL AREA USUARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>	
		<p>* 50 BANNER DE ALIMENTACION Y NUTRICION SALUDABLE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TAMAÑO: 1.20 CM de largo x 1.00 ancho</li> <li>- IMPRESION: FULL COLOR.</li> <li>- ACABADO: IMPRESION EN BANNER DE 10 ONZAS.</li> </ul> <p>COORDINAR CON EL AREA USUARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>	
	NUTRICION	<p>PERIDO DE SERVICIO N°1218</p>	
		<p>PERIDO DE SERVICIO N°1223</p>	
		<p>PERIDO DE SERVICIO N°1252</p>	

## CONFIRMACIÓN DE CASOS E INTERVENCIÓN



## ¿Cómo hacer la Consejería Nutricional?



Durante la consejería promover prácticas saludables como lactancia materna, el lavado de manos, la comunicación y afecto con la niña o niño.



### CONSERVACIÓN DE LOS PLUMPY'S:

Estos suplementos nutricionales, no necesitan refrigeración ni una conservación especial; se sugiere mantener en una bolsa ziploc o en un recipiente donde el Plumpy Doz o el Plumpy Nut, no tengan exposición a la luz solar de manera directa.



## PAUTAS BÁSICAS PARA SUPLEMENTACIÓN EN CASOS DE RIESGO NUTRICIONAL Y DESNUTRICIÓN AGUDA

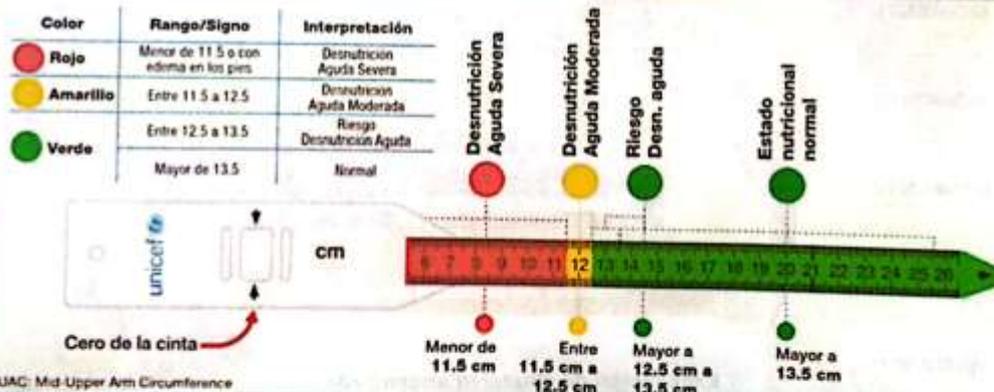


El **Plumpy Doz** y **Plumpy Nut** son dos suplementos nutricionales listos para consumo de alta calidad, elaborados para la recuperación nutricional de niños y niñas de 6 a 59 meses de edad que padecen riesgo de desnutrición aguda (DA) o DA moderada o DA severa, respectivamente.



### CRITERIOS PARA DEFINIR CASOS DE DA

Valoración antropométrica	Examen Físico	Evaluación nutricional
<ul style="list-style-type: none"> <li>Medición de peso y talla.</li> <li>Medición del perímetro braquial medio (cinta MUAC).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar edema nutricional, deshidratación, hipotermia, fiebre, hipoglicemia, palidez en mucosas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inadecuada frecuencia y consumo de lactancia materna y alimentación complementaria</li> </ul>



### PROTOCOLO DE LA PRUEBA DE APETITO

Edad	Peso Kg	Consumo Mínimo del Suplemento	POSITIVA		NEGATIVA	
			Observación	Conducta a seguir	Observación durante 15 minutos	Conducta a seguir
6 a 59 meses	4 a 6.9	1/4 de sobre	Recibe con agrado el ALC (Alimento listo para Consumo).	Manejo ambulatorio.	Come menos de lo esperado o se niega a consumir el ALC a pesar del ayuno, el tiempo y el ambiente propicio para la prueba.	Manejo hospitalario.
	7 a 9.9	1/3 de sobre				
	10 a 14.9	1/2 sobre				



### CONSIDERACIONES PARA BRINDAR EL SUPLEMENTO PLUMPY

- Realizar el lavado de manos y desinfectar el sobre del suplemento antes de abrirlo.
- Una vez abierto el sobre, consumirlo dentro de las 24 horas. Si no lo consume en un solo momento, colocarlo en un tupper o recipiente con tapa para evitar contaminación hasta culminar el sobre.
- Conservación: no requiere refrigeración, debe guardarse a temperatura ambiente, alejado de la luz solar y ventilado.
- No es necesario adicionar otros alimentos al suplemento.
- Es EXCLUSIVO para tratar desnutrición aguda o riesgo de desnutrición aguda, en menores de 6 a 59 meses de edad.
- La entrega es GRATUITA en los EEES que cuenten con el suplemento.



### MANUAL PARA REGISTRO HIS REGISTRO HIS PARA POBLACIÓN MIGRANTE EN TRÁNSITO

NOMBRE		DIRECCIÓN DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (EES)		UNIDAD PROFESIONAL DE SERVIDOR (EPS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	
SEXO	EDAD	FECHA DE INGRESO	PROBLEMA	ESTADO	FECHA DE INGRESO	DIAGNÓSTICO DE CONSULTA	TIPO DE ATENCIÓN
M	F	DD/MM/AA	PROBLEMA	NO	DD/MM/AA	NO ACTIVIDAD DE SALUD	LABORATORIO
NOMBRE Y APELLIDOS PADRE		FECHA ULTIMO RESULTADO DE IN		FECHA DE NACIMIENTO			
						ATENCIÓN EN NUTRICIÓN	99209
						SUPLEMENTACIÓN CON PLUMPY DOSE NUT	99198.19
						POBLACIÓN MIGRANTE CON RIESGO DE VULNERABILIDAD ALIMENTARIA	2603
NOMBRE Y APELLIDOS PADRE		FECHA ULTIMO RESULTADO DE IN		FECHA DE NACIMIENTO			
						CONSERVA EN NUTRICIÓN	99403.01

- Se registra Z603, para población migrante con problemas de adaptabilidad cultural o también denominado "población migrante con riesgo de vulnerabilidad alimentaria".
- Solo cuando se realizará continuidad al esquema de tratamiento, podrá registrarse E440 o E43X.
- Solo cuando se realizará continuidad al esquema de tratamiento y se tenga datos antropométricos previos que indiquen RDA, registrará el E441.
- La atención en nutrición se registra solo si el/la profesional que atiende, es nutricionista. Si otro profesional o atiende, no se registra el 99209.

REGISTRO HIS PARA ABORDAJE DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA

1er control

LETRA		FECHA PRECISA		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		Evaluación e Informática y Telemedicina		FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS	
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES	
DA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE:		FECHA DE NACIMIENTO		PESO		TALLA	
		1. ATENCIÓN EN NUTRICIÓN		2. SUPLEMENTACIÓN CON PLUMPHY DOZ		3. RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA		4. CONSEJERÍA EN NUTRICIÓN	
		P 2		R 2		R 2		R 2	
		99209		99199.19		E441		99403.01	

2do control

LETRA		FECHA PRECISA		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		Evaluación e Informática y Telemedicina		FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS	
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES	
DA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE:		FECHA DE NACIMIENTO		PESO		TALLA	
		1. ATENCIÓN EN NUTRICIÓN		2. SUPLEMENTACIÓN CON PLUMPHY DOZ		3. RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA		4. CONSEJERÍA EN NUTRICIÓN	
		P 2		R 2		R 2		R 2	
		99209		99199.19		E441		99403.01	

3er control

LETRA		FECHA PRECISA		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		Evaluación e Informática y Telemedicina		FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS	
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES	
DA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE:		FECHA DE NACIMIENTO		PESO		TALLA	
		1. ATENCIÓN EN NUTRICIÓN		2. SUPLEMENTACIÓN CON PLUMPHY DOZ		3. RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA		4. CONSEJERÍA EN NUTRICIÓN	
		P 2		R 2		R 2		R 2	
		99209		99199.19		E441		99403.01	

4to control

LETRA		FECHA PRECISA		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		Evaluación e Informática y Telemedicina		FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS	
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES	
DA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE:		FECHA DE NACIMIENTO		PESO		TALLA	
		1. ATENCIÓN EN NUTRICIÓN		2. SUPLEMENTACIÓN CON PLUMPHY DOZ		3. RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA		4. CONSEJERÍA EN NUTRICIÓN	
		P 2		R 2		R 2		R 2	
		99209		99199.19		E441		99403.01	

TA

LETRA		FECHA PRECISA		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		Evaluación e Informática y Telemedicina		FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS	
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES	
DA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE:		FECHA DE NACIMIENTO		PESO		TALLA	
		1. ATENCIÓN EN NUTRICIÓN		2. RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA		3. CONSEJERÍA EN NUTRICIÓN			
		P 2		R 2		R 2			
		99209		E441		99403.01			

SI NO SE RECUPERA LUEGO DE LAS 4 ENTREGAS, CONTINUAR ESQUEMA SIN DAR DE ALTA, HASTA LA ENTREGA 78.

5ta control (continuidad)

LETRA		FECHA PRECISA		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		Evaluación e Informática y Telemedicina		FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS	
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES		DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES	
DA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE:		FECHA DE NACIMIENTO		PESO		TALLA	
		1. ATENCIÓN EN NUTRICIÓN		2. SUPLEMENTACIÓN CON PLUMPHY DOZ		3. RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA		4. CONSEJERÍA EN NUTRICIÓN	
		P 2		R 2		R 2		R 2	
		99209		99199.19		E441		99403.01	

REGISTRO HIS PARA ABORDAJE DE DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA

1er control

LESTE	PACINA	FECHA PROCES	SIN DIGITADOR	PERU	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES	Estadística e Informática y Telecomunicaciones	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS						
REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN Y OTRAS ACTIVIDADES DE SALUD				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS EPS/PSI				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
DA	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE													
PESO													
TALLA													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE													
PESO													

2do control

LESTE	PACINA	FECHA PROCES	SIN DIGITADOR	PERU	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES	Estadística e Informática y Telecomunicaciones	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS						
REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN Y OTRAS ACTIVIDADES DE SALUD				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS EPS/PSI				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
DA	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE													
PESO													
TALLA													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE													
PESO													

3er control

LESTE	PACINA	FECHA PROCES	SIN DIGITADOR	PERU	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES	Estadística e Informática y Telecomunicaciones	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS						
REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN Y OTRAS ACTIVIDADES DE SALUD				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS EPS/PSI				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
DA	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE													
PESO													
TALLA													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE													
PESO													

4to control

LESTE	PACINA	FECHA PROCES	SIN DIGITADOR	PERU	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES	Estadística e Informática y Telecomunicaciones	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS						
REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN Y OTRAS ACTIVIDADES DE SALUD				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS EPS/PSI				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
DA	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE													
PESO													
TALLA													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE													
PESO													

TA

LESTE	PACINA	FECHA PROCES	SIN DIGITADOR	PERU	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES	Estadística e Informática y Telecomunicaciones	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS						
REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN Y OTRAS ACTIVIDADES DE SALUD				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS EPS/PSI				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
DA	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE													
PESO													
TALLA													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE													
PESO													

SI NO SE RECUPERA LUEGO DE LAS 4 ENTREGAS, CONTINUAR ESQUEMA SIN DAR DE ALTA, HASTA LA ENTREGA 78 U 88.

5to control (continuidad)

LESTE	PACINA	FECHA PROCES	SIN DIGITADOR	PERU	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES	Estadística e Informática y Telecomunicaciones	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE HIS						
REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN Y OTRAS ACTIVIDADES DE SALUD				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS EPS/PSI				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
DA	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE													
PESO													
TALLA													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE													
PESO													

REGISTRO HIS PARA ABORDAJE DE DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA

1er control

AÑO		MES		C/DE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (P)		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSE)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
DA	SAI	FRANC	DESTRIPROC	EDAD	SEXO	PEPNET NO DEFALC	ESTADION ANTROPOMETRICA	ESTADION INCEDEC	DAÑO/INDICADOR DE COMPLETA VO ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	LAB	CDIGO CE/CP	
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE													
NOMBRE Y APELLIDOS PADRE													
FECHA ÚLTIMO REGISTRO DE H:										FECHA DE NACIMIENTO			
A	M	PC	PESO	XX	N	N	1	ATENCIÓN EN NUTRICIÓN	F	0	4	3	99209
M			TALLA	XX	C	C	2	SUPLEMENTACIÓN CON PLUMFY NUT O DOZ	F	0	4	73	99199.19
D	F	PAH	HB	N	N	N	3	DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA	F	0	4	79	E43X
A	M	PC	PESO	N	N	N	1	CONSEJERÍA EN NUTRICIÓN	F	0	4	3	99403.01

2do control

AÑO		MES		C/DE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (P)		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSE)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
DA	SAI	FRANC	DESTRIPROC	EDAD	SEXO	PEPNET NO DEFALC	ESTADION ANTROPOMETRICA	ESTADION INCEDEC	DAÑO/INDICADOR DE COMPLETA VO ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	LAB	CDIGO CE/CP	
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE													
NOMBRE Y APELLIDOS PADRE													
FECHA ÚLTIMO REGISTRO DE H:										FECHA DE NACIMIENTO			
A	M	PC	PESO	XX	N	N	1	ATENCIÓN EN NUTRICIÓN	F	0	4	3	99209
M			TALLA	XX	C	C	2	SUPLEMENTACIÓN CON PLUMFY NUT O DOZ	F	0	4	73	99199.19
D	F	PAH	HB	N	N	N	3	DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA	F	0	4	79	E43X
A	M	PC	PESO	N	N	N	1	CONSEJERÍA EN NUTRICIÓN	F	0	4	3	99403.01

3er control

AÑO		MES		C/DE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (P)		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSE)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
DA	SAI	FRANC	DESTRIPROC	EDAD	SEXO	PEPNET NO DEFALC	ESTADION ANTROPOMETRICA	ESTADION INCEDEC	DAÑO/INDICADOR DE COMPLETA VO ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	LAB	CDIGO CE/CP	
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE													
NOMBRE Y APELLIDOS PADRE													
FECHA ÚLTIMO REGISTRO DE H:										FECHA DE NACIMIENTO			
A	M	PC	PESO	XX	N	N	1	ATENCIÓN EN NUTRICIÓN	F	0	4	3	99209
M			TALLA	XX	C	C	2	SUPLEMENTACIÓN CON PLUMFY NUT O DOZ	F	0	4	73	99199.19
D	F	PAH	HB	N	N	N	3	DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA	F	0	4	79	E43X
A	M	PC	PESO	N	N	N	1	CONSEJERÍA EN NUTRICIÓN	F	0	4	3	99403.01

4to control

AÑO		MES		C/DE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (P)		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSE)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
DA	SAI	FRANC	DESTRIPROC	EDAD	SEXO	PEPNET NO DEFALC	ESTADION ANTROPOMETRICA	ESTADION INCEDEC	DAÑO/INDICADOR DE COMPLETA VO ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	LAB	CDIGO CE/CP	
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE													
NOMBRE Y APELLIDOS PADRE													
FECHA ÚLTIMO REGISTRO DE H:										FECHA DE NACIMIENTO			
A	M	PC	PESO	XX	N	N	1	ATENCIÓN EN NUTRICIÓN	F	0	4	3	99209
M			TALLA	XX	C	C	2	SUPLEMENTACIÓN CON PLUMFY NUT O DOZ	F	0	4	73	99199.19
D	F	PAH	HB	N	N	N	3	DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA	F	0	4	79	E43X
A	M	PC	PESO	N	N	N	1	CONSEJERÍA EN NUTRICIÓN	F	0	4	3	99403.01

TA

AÑO		MES		C/DE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (P)		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSE)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
DA	SAI	FRANC	DESTRIPROC	EDAD	SEXO	PEPNET NO DEFALC	ESTADION ANTROPOMETRICA	ESTADION INCEDEC	DAÑO/INDICADOR DE COMPLETA VO ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	LAB	CDIGO CE/CP	
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE													
NOMBRE Y APELLIDOS PADRE													
FECHA ÚLTIMO REGISTRO DE H:										FECHA DE NACIMIENTO			
A	M	PC	PESO	XX	N	N	1	ATENCIÓN EN NUTRICIÓN	F	0	4	3	99209
M			TALLA	XX	C	C	2	DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA	F	0	4	79	E43X
D	F	PAH	HB	N	N	N	3	CONSEJERÍA EN NUTRICIÓN	F	0	4	3	99403.01

SI NO SE RECUPERA LUEGO DE LAS 4 ENTREGAS, CONTINUAR ESQUEMA SIN DAR DE ALTA, HASTA LA ENTREGA 78 U. 88.

5to control (continuidad)

AÑO		MES		C/DE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (P)		UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSE)		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
DA	SAI	FRANC	DESTRIPROC	EDAD	SEXO	PEPNET NO DEFALC	ESTADION ANTROPOMETRICA	ESTADION INCEDEC	DAÑO/INDICADOR DE COMPLETA VO ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO	LAB	CDIGO CE/CP	
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE													
NOMBRE Y APELLIDOS PADRE													
FECHA ÚLTIMO REGISTRO DE H:										FECHA DE NACIMIENTO			
A	M	PC	PESO	XX	N	N	1	ATENCIÓN EN NUTRICIÓN	F	0	4	3	99209
M			TALLA	XX	C	C	2	SUPLEMENTACIÓN CON PLUMFY NUT O DOZ	F	0	4	73	99199.19
D	F	PAH	HB	N	N	N	3	DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA	F	0	4	79	E43X
A	M	PC	PESO	N	N	N	1	CONSEJERÍA EN NUTRICIÓN	F	0	4	3	99403.01



**NIÑOS DE HIERRO**

DIRESA TUMBES

Inicia la **suplementación** de tu bebé **con gotas de hierro**, a partir de los 4 meses para **prevenir la anemia.**

**Recuerda**

**Si tu bebé tiene 6 meses**, acude al establecimiento de salud más cercano y hazle un **descarte de anemia.**

Para más información, llama gratis al 113 SALUD.

Ministerio de Salud

Con PUNCHE Perú

ALFONSO TORO PERU 2024

**NIÑOS DE HIERRO**

**Evita que la anemia dañe el futuro de tus hijos**

**Para más información, llama gratis al 113 SALUD.**

PERU Ministerio de Salud

Con Purishe Perú

BICENTENARIO PERÚ 2024

	<p>PEDIDO DE SERVICIO N°986</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 02 MILLARES DE HOJAS DE BALANCE HIDRICO, COLOR AZULINO, TAMAÑO A-4, PAPELBOND.</li> <li>* 300 BLOCK x 100 HOJAS: HOJAS DE REFERENCIA, PAPEL BOND, TAMAÑO OFICIO, AUTOCOPIATIVO X 3, HOJAS DE COLORES.</li> <li>* 300 BLOCK x 100 HOJAS: HISTORIA CLINICA, PAPEL BOND, TAMAÑO A-4, IMPRESION COLOR AZULINO POR AMBOS LADOS.</li> <li>* 300 BLOCK x 100 HOJAS: FORMATOS HIS, TAMAÑO A-4, COLOR AZULINO, IMPRESO EN AMBOS LADOS.</li> <li>* 300 BLOCK x 100 HOJAS: SOLICITUD DE GOTA GRUESA, TAMAÑO 1/2 A-4, EN PAPEL BULKING, IMPRESION COLOR AZULINO.</li> <li>* 20 MILLARES DE DIFITICOS DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DENGUE, FULL COLOR, PAPEL BOND, COLOR AZULINO.</li> <li>* 250 BLOCK x 100 HOJAS: FORMATO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DENGUE, PAPEL BOND, COLOR AZULINO, TAMAÑO A-4.</li> <li>* 50 BANNER ROLES CREMA, 2x 1 MTS APROXIMADAMENTE.</li> <li>* 100 LIBROS DE FEBRILES, TAMAÑO OFICIO APROXIMADO, COLOR AZULINO, ACABADO EN TAPA DURA SIMILAR A FORMATO DE TESIS, IMPRESION AMBOS LADOS.</li> <li>* 100 ROTULOS DE BUENAS PRACTICAS CLINICAS, FULL COLOR, MEDIDAS 30 X 60 CM, AUTOADHESIVO, MATERIAL DURO, IMPRESION DE VINIL.</li> </ul> <p>COORDINAR CON EL AREA USUARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.          PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>
	<p>PEDIDO DE SERVICIO N°1132</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 02 MILLARES DE HOJAS DE BALANCE HIDRICO, COLOR AZULINO, TAMAÑO A-4, PAPELBOND.</li> <li>* 300 BLOCK x 100 HOJAS: HOJAS DE REFERENCIA, PAPEL BOND, TAMAÑO OFICIO, AUTOCOPIATIVO X 3, HOJAS DE COLORES.</li> <li>* 300 BLOCK x 100 HOJAS: HISTORIA CLINICA, PAPEL BOND, TAMAÑO A-4, IMPRESION COLOR AZULINO POR AMBOS LADOS.</li> <li>* 300 BLOCK x 100 HOJAS: FORMATOS HIS, TAMAÑO A-4, COLOR AZULINO, IMPRESO EN AMBOS LADOS.</li> <li>* 300 BLOCK x 100 HOJAS: SOLICITUD DE GOTA GRUESA, TAMAÑO 1/2 A-4, EN PAPEL BULKING, IMPRESION COLOR AZULINO.</li> <li>* 300 BLOCK x 100 HOJAS: HOJAS DE MONITOREO DE PACIENTES CON DENGUE, TAMAÑO A-4, PAPEL BOND, COLOR AZULINO.</li> <li>* 250 BLOCK x 100 HOJAS: FORMATO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DENGUE, PAPEL BOND, COLOR AZULINO, TAMAÑO A-4.</li> <li>* 3000 UNIDADES - CARNET DE SEGUIMIENTO DE PACIENTE, color blanco y negro, en cartulina simple - color blanco, tamaño 1/2 A-4.</li> </ul> <p>COORDINAR CON EL AREA USUARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.          PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>
	<p>PEDIDO DE SERVICIO N°1249</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 50 LIBROS DE REGISTRO DE PERSONAS EN VACUNACION ANTIRIBICA, CONTIENE 50 HOJAS APROXIMADAMENTE EN COLOR AZULINO, IMPRESION EN AMBOS LADOS, EL ACABADO ES FULL, TAPA SEMI DURA.</li> <li>* 50 MTS N°131-2017-MINSA "NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA HUMANA EN EL PERU" - 124 PAGINAS, EN BLANCO Y NEGRO, ANILLADO.</li> <li>* 50 MTS N°1176-2023-MINSA - "MODIFICATORIA RTS N°131-2017" - 124 PAGINAS, EN BLANCO Y NEGRO, ANILLADO.</li> <li>* 2500 FICHAS DE PERSONAS EXPUESTAS AL VIRUS RABICO - ANEXO: N°09 - HOJA BOND A-4 75G, IMPRESION BLANCO Y NEGRO, AMBOS LADOS, BLOCK DE 50</li> <li>* 2500 FICHAS DE NOTIFICACION DEL ACCIDENTE POR MORDEDURA - ANEXO: N°10 - HOJA BOND A-4 75G, IMPRESION BLANCO Y NEGRO, AMBOS LADOS, BLOCK DE 50</li> <li>* 1000 INFORME MENSUAL DE ZOONOSIS - HOJA BOND A-4 75G, IMPRESION COLOR AZULINO, BLOCK DE 50</li> <li>* 50 LIBROS DE REGISTRO DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES DE MORDEDURAS POR ANIMALES, CONTIENE 50 HOJAS APROXIMADAMENTE EN COLOR AZULINO, IMPRESION EN AMBOS LADOS, EL ACABADO ES FULL, TAPA SEMI DURA.</li> <li>* 50 CARTULINAS - FLUJOGRAMA DE ATENCION DE LA PERSONA CON ACCIDENTES DE MORDEDURA Y DEL ANIMAL MORDEDOR, TAMAÑO A-4, CARTULINA SIMPLE BLANCO, ENMARCADO.</li> <li>* 1000 CARNET DE VACUNACION ANTIRIBICA HUMANA, FULL COLOR, TAMAÑO 1/2 A-4, MATERIAL CARTULINA.</li> <li>* 1000 FOLLETOS LEPTOSPIROSIS, FULL COLOR, PAPEL FOLCOTE, TAMAÑO 1/2 A-4</li> <li>* 1000 AFICHES LEPTOSPIROSIS, FULL COLOR, TAMAÑO A-4, PAPEL FOLCOTE.</li> </ul> <p>COORDINAR CON EL AREA USUARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.          PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>





HORA	VÍA ORAL	VÍA PARENT.	VOMITOS *	TEMPE	ORINA	DEPOC.	F.C.	F.R.	DRENAJE
Apellido Paterno		Apellido Materno			Nombres				
Servicio		N° de Cama			N° de H. Clínica				
<b>BALANCE HÍDRICO</b>									

**PERÚ** Ministerio de Salud Dirección Regional de Salud - Tumbes

CÓDIGO EE. SS. \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

**HOJA DE REFERENCIA**

**1. DATOS GENERALES**  
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ Asegurado  SI  NO  
SEMI SUBSIDIADO   
SUBSIDIADO   
Tipo: \_\_\_\_\_

Establecimiento de Origen de la Referencia: \_\_\_\_\_  
Establecimiento Destino de la Referencia: \_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICACION DEL USUARIO**  
CODIGO DE AFILIACION AL SIS: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M DNI: \_\_\_\_\_ Edad: Años \_\_\_\_ Meses \_\_\_\_ Días \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

**3. RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA**  
Anamnesis: \_\_\_\_\_  
Examen Físico T° \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_  
Exámenes Auxiliares: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico  
1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_  
CIE - 10 \_\_\_\_\_ D P R \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_  
Motivo de la Referencia: \_\_\_\_\_

**4. DATOS DE LA REFERENCIA**  
Coordinación de la Referencia:  Emergencia  Consulta externa  Apoyo al diagnóstico (adjuntar orden)

Fecha en que será atendido: \_\_\_\_\_  
Hora en que será atendido: \_\_\_\_\_  
Nombre de quien lo atenderá: \_\_\_\_\_  
Nombre con quien se coordinó la atención: \_\_\_\_\_

Especialidad de Destino  
Pediatría \_\_\_\_\_ Medicina \_\_\_\_\_ Cirugía \_\_\_\_\_ Gineco-Obst. \_\_\_\_\_ Lab. \_\_\_\_\_ Di. Imag. \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado  
 Estable  Mal Estado

Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que acompaña	Personal que recibe
Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro	Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro	Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro	Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro Fecha ____/____/____ Hora: ____:____
Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello

Condiciones del Paciente a la llegada al Establecimiento Destino de la Referencia  
 Estable  Fallecido



**ESTABLECIMIENTO DE SALUD.....**  
**ATENCIÓN DE EMERGENCIA**  
**HOJA CONTINUADORA DE HISTORIA CLÍNICA**



1) N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

2) FECHA DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

3) HORA DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

4) PRIORIDAD DE ATENCIÓN: (1) (MARCAR CON X)

PRIORIDAD I  PRIORIDAD II  PRIORIDAD III  PRIORIDAD IV

**I.- FILIACIÓN:**

5) NOMBRES Y APELLIDOS:		6) N° DNI:	
7) TIPO DE SEGURO: (MARCAR CON X) SIS <input type="checkbox"/> ESSALUD <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		8) N° DE SEGURO:	
9) LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:		10) EDAD:	11) SEXO: FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/>
12) DOMICILIO ACTUAL:		13) N° TELEFONO::	
14) LUGAR DE PROCEDENCIA:	15) GRADO DE INSTRUCCIÓN: (MARCAR CON X) ANALFABETO <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> SUPERIOR <input type="checkbox"/>		16) OCUPACIÓN:
17) RELIGIÓN:	18) ESTADO CIVIL: (MARCAR CON X) SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> CONVIVIENTE <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/>		
19) NOMBRE Y APELLIDOS DE ACOMPAÑANTE:	20) N° TELEFONO DE ACOMPAÑANTE:		
21) MÉDICO TRATANTE:	N° COLEGIATURA _____	22) DOMICILIO DEL ACOMPAÑANTE:	

**II.- ANAMNESIS:**

23) MOTIVO DE CONSULTA:		
24) TIEMPO DE ENFERMEDAD:	25) FORMA DE INICIO:	26) CURSO:
27) SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES:		
28) RELATO CRONOLÓGICO:		
FUNCIONES BIOLÓGICAS: 29) APETITO:	30) SED:	31) MICCIÓN:
32) DEPOSICIONES:	33) SUEÑO:	
ANTECEDENTES: 34) PERSONALES:		
35) FAMILIARES		
36) ALERGIAS:	37) CIRUGÍAS:	38) INMUNIZACIONES:

**III.- EXAMEN CLÍNICO:**

39) PA:	40) FC:	41) FR:	42) SATO2:	43) T°:
44) PES:	45) TALLA:	46) IMC (kg/m <sup>2</sup> ):		
47) APARIENCIA GENERAL DEL PACIENTE:				
48) EXAMEN CLÍNICO REGIONAL:				

**IV.- DIAGNÓSTICOS:**

49) DIAGNÓSTICOS:	CIE-10	P	D	R

**V.- PLAN DE TRABAJO**

<b>50) EXÁMENES DE LABORATORIO</b>
<b>51) EXÁMENES POR IMAGEN:</b>
<b>52) INTERCONSULTAS:</b>
<b>53) REFERENCIAS:</b>
<b>54) PROCEDIMIENTOS DIGNOSTICOS Y/O TERAPEUTICOS:</b>
<b>55) FECHA DE PROXIMA CITA:</b>

**VI.- TRATAMIENTO:**

**REGIMEN HIGIENICO-DIETETICO Y MEDIDAS GENERALES:**

**54) MEDICAMENTOS**

CIE-10	NOMBRE DEL MEDICAMENTO(DCI) Y CONCENTRACION	DOSIS / FRECUENCIA	DURACION DE TRATAMIENTO	VIA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD (N° Y LETRAS)

**VII.- SEGUIMIENTO DE EVOLUCIÓN:**

**VIII.- FECHA Y HORA DE ALTA E INDICACIONES:**

SELLO Y FIRMA DE MÉDICO TRATANTE

NT N° 042-MINSA/DGSP V-01-2006 NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

(1) Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención:

**PRIORIDAD I:** Paciente con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la sala de reanimación, shock trauma (tiempo de espera = atención inmediata)

**PRIORIDAD II:** Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera no mayor o igual a 10 minutos (tiempo de espera = periodo de 10 minutos)

**PRIORIDAD III:** Paciente que no presenta riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Atención en el típico de emergencia, teniendo prioridad los casos I y II (tiempo de espera = periodo de 20 minutos)

**PRIORIDAD IV:** Paciente sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inminente, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios descentralizados.

NTS N° 029-MINSA/DGEPRES-V02-2016 - ANEXO 6 FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA

**RECORDAR A LLENAR DEBE UTILIZAR LETRA LEGIBLE Y NO USAR ABREVIATURAS**

### MINISTERIO DE SALUD

#### OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

#### OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

### Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FECHA:

PAGINA:

FECHA PROCES:

UNIDAD/OTRO:

**SIGNA Y SELLO RESPONSABLE HD MINSA**

C	AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (DPSU)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (DPSU)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			DNI
					M	T	N	
1	FECHA DE NACIMIENTO		FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB		FECHA DE ULTIMA REGIA			P D R
	A	M	PC	PESO	N	N	P D R	
	M	F	Pub	TALLA	C	C		
	D	F	Pub	NO	R	R		
2	FECHA DE NACIMIENTO		FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB		FECHA DE ULTIMA REGIA			P D R
	A	M	PC	PESO	N	N	P D R	
	M	F	Pub	TALLA	C	C		
	D	F	Pub	NO	R	R		
3	FECHA DE NACIMIENTO		FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB		FECHA DE ULTIMA REGIA			P D R
	A	M	PC	PESO	N	N	P D R	
	M	F	Pub	TALLA	C	C		
	D	F	Pub	NO	R	R		
4	FECHA DE NACIMIENTO		FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB		FECHA DE ULTIMA REGIA			P D R
	A	M	PC	PESO	N	N	P D R	
	M	F	Pub	TALLA	C	C		
	D	F	Pub	NO	R	R		
5	FECHA DE NACIMIENTO		FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB		FECHA DE ULTIMA REGIA			P D R
	A	M	PC	PESO	N	N	P D R	
	M	F	Pub	TALLA	C	C		
	D	F	Pub	NO	R	R		
6	FECHA DE NACIMIENTO		FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB		FECHA DE ULTIMA REGIA			P D R
	A	M	PC	PESO	N	N	P D R	
	M	F	Pub	TALLA	C	C		
	D	F	Pub	NO	R	R		
7	FECHA DE NACIMIENTO		FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB		FECHA DE ULTIMA REGIA			P D R
	A	M	PC	PESO	N	N	P D R	
	M	F	Pub	TALLA	C	C		
	D	F	Pub	NO	R	R		
8	FECHA DE NACIMIENTO		FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB		FECHA DE ULTIMA REGIA			P D R
	A	M	PC	PESO	N	N	P D R	
	M	F	Pub	TALLA	C	C		
	D	F	Pub	NO	R	R		
9	FECHA DE NACIMIENTO		FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB		FECHA DE ULTIMA REGIA			P D R
	A	M	PC	PESO	N	N	P D R	
	M	F	Pub	TALLA	C	C		
	D	F	Pub	NO	R	R		
10	FECHA DE NACIMIENTO		FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB		FECHA DE ULTIMA REGIA			P D R
	A	M	PC	PESO	N	N	P D R	
	M	F	Pub	TALLA	C	C		
	D	F	Pub	NO	R	R		
11	FECHA DE NACIMIENTO		FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB		FECHA DE ULTIMA REGIA			P D R
	A	M	PC	PESO	N	N	P D R	
	M	F	Pub	TALLA	C	C		
	D	F	Pub	NO	R	R		
12	FECHA DE NACIMIENTO		FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB		FECHA DE ULTIMA REGIA			P D R
	A	M	PC	PESO	N	N	P D R	
	M	F	Pub	TALLA	C	C		
	D	F	Pub	NO	R	R		

MINSA - FUNDACIÓN DE SALUD

OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN Y OTRAS ACTIVIDADES DE SALUD

Si no se cuenta con el dato se registrará la fecha de la primera consulta

I	AÑO	REG.	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (PRIMA)										UNIDAD ADJUDICADORA DE SERVICIOS (SUT)					NOMBRE DEL TOCAJERO DE REGISTRO					
			II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XX	XXI	XXII
DA	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB										FECHA DE ÚLTIMA REGIA										
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB										FECHA DE ÚLTIMA REGIA										
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE SALUD EL REGISTRO, LEGIBILIDAD Y CODIFICACIÓN CORRECTA DE LAS PRELECCIONES  
 BRINDADAS ASÍ COMO DE LA ENTREGA DIARIA A LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA O QUIEN HAGA SUS VECES PARA SU PROCESAMIENTO.



**SOLICITUD PARA TOMA DE GOTA GRUESA**

Establecimiento de Salud:

HC:

APELLIDOS:

EDAD:

NOMBRES:

SEXO:

PROCEDENCIA:

DIRECCIÓN ACTUAL:

Referencia:

**GOTA GRUESA:**

Fecha toma muestra:

DNI:

Diagnóstico:

Control:

Control:

N° Caso:

Día de tratamiento:

N° Registro febril:

**TIRA REACTIVA (insumo serológica)**

Diagnóstico:

Especie:

Día de tratamiento:

N° Registro febril:

N° Caso:

**RESULTADO:**

**Gota Gruesa:**

Positiva	<input type="text"/>	Plasmodium	<input type="text"/>	N° Registro de la muestra	<input type="text"/>
Negativa	<input type="text"/>	Densidad Parasitaria	<input type="text"/>	Fecha que se procesa	<input type="text"/>

**Tira Reactiva:**

Positiva	<input type="text"/>	Plasmodium	<input type="text"/>	N° Registro de la muestra	<input type="text"/>
Negativa	<input type="text"/>			Fecha que se procesa	<input type="text"/>

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Laboratorista

!! El examen de Gota Gruesa es Gratuito !!



### FORMATO DE MONITOREO AMBULATORIO PARA PACIENTES CON DENGUE

Nombre del E.E. de donde pertenece el paciente: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:									
DNI:	EDAD (años):			SEXO: (M) (F):		TELÉFONO:			
DIRECCIÓN:									
REFERENCIA:									
TIPO DE SEGURO: SIS ( ) ESSALUD ( ) Sanidad ( ) Ejército ( )									
¿Cuántas veces ha tenido dengue anteriormente? (1 de episodios)									
(0)	(1)	(2)	(3)	( ) Otras, especificar _____					
GRUPO DE RIESGO									
( ) Gestante (cuántas semanas de embarazo) _____ ( ) Adulto mayor (≥ 60 años) ( ) Niño (0-5 años) ( ) Vive solo ( ) Vive en zona aislada ( ) Ninguno									
COMORBILIDADES: ( ) Obesidad, ( ) Diabetes, ( ) Hipertensión, ( ) Enf. Resp. Crónica, ( ) Enf. Cardiovascular, ( ) Otro: _____									
Fecha y hora de monitoreo	/ / horas	/ / horas	/ / horas	/ / horas	/ / horas	/ / horas	/ / horas	/ / horas	/ / horas
Días de inicio de síntomas	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9
MONITOREO DE TEMPERATURA (en las últimas 24 horas)									
Temperatura / sensación de alta térmica	____ °C/(S)/(No)	____ °C/(S)/(No)	____ °C/(S)/(No)	____ °C/(S)/(No)	____ °C/(S)/(No)	____ °C/(S)/(No)	____ °C/(S)/(No)	____ °C/(S)/(No)	____ °C/(S)/(No)
EVOLUCIÓN DE PACIENTE									
Presión arterial (mmHg)									
Presión arterial media (PAM)									
Pulso									
Respiraciones									
¿Cuántas veces al día está orinando?									
¿Qué líquidos está tomando por día?									
Volumen de líquidos ingeridos en litros por día (litros = 1.35 l = 28.2 oz)									
Toma paracetamol / ¿cuántas veces al día?	(S) (No) / _____	(S) (No) / _____	(S) (No) / _____	(S) (No) / _____	(S) (No) / _____	(S) (No) / _____			
Esta usted tomando o inyectándose algún medicamento diferente al paracetamol: (S) (No) (¿Cuál o cuáles? (especificar) _____)									
SIGNOS DE ALARMA (generalmente aparecen al desaparecer la fiebre) Si presenta alguno de estos signos es una URGENCIA MÉDICA = Requiere atención inmediata en el establecimiento de salud u hospital más cercano									
Dolor abdominal intenso y continuo	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)
Dolor torácico (dolor de pecho) o dificultad	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)
Vómitos persistentes (3 o más episodios en una hora, o 05 o más en seis horas)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)
Sangrado por la nariz, encías, vagina, heces u orina	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)
Mareo, desmayo o omniolencia (incremento del sueño)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)
Hinchazón del cuerpo o extremidades (edema)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)
<b>IMPORTANTE: El 95% de los casos de dengue SON LEVES y se curan solos, RECOMENDAR QUE LAS PERSONAS CON DENGUE NO SE AUTOMEDIQUEN!</b>									
Instrucciones: Utilice esta hoja para monitorizar como aparecen y desaparecen los síntomas de la enfermedad. Recuerde que en el momento que cae la fiebre y no vuelve a aparecer marca el INICIO DE LA FASE CRÍTICA, por lo que es importante monitorizar en esta fase la aparición de los signos de alarma, si el paciente con dengue desde el inicio de la enfermedad se hidrata adecuadamente esta fase es muy probable que no aparezca. La fase crítica dura exactamente 48 horas.									
* Líquidos que pueden tomar en casa: sopa, papetela, avena, soya, jugo de frutas, agua de coco, cebada, chicha morada, gelatina, cualquier bebida hidratante o rehidratante. Evitar el consumo de las frutas cítricas para no irritar más el estómago en las personas que no comen alimentos sólidos más de 01 día o sufren de alguna enfermedad previa como: dispepsia, gastritis o úlceras gástricas.									
**La mejor forma de disminuir la fiebre y el malestar general es bañándose con agua a temperatura ambiente o fresca, mínimo por 05 minutos en forma continua; para mantener la temperatura del cuerpo cercana a lo normal el paciente debe tomar paracetamol inmediatamente después de bañarse.									
<b>Observaciones:</b>									
Nombres y apellidos de la persona que realiza el seguimiento:									

**¿Por qué es riesgoso automedicarse cuando tenemos dengue?**

Algunos medicamentos mal usados podrían generar sangrados y agravar la enfermedad

En caso de presentar algún síntoma de dengue, acude al establecimiento de salud más cercano.

**UNIDOS CONTRA el DENGUE**  
SIN CRIADEROS, NO HAY ZANCADOS  
SIN ZANCADOS, NO HAY DENGUE!

**DENGUE**

**La PREVENCIÓN depende de TODOS!**

**TAPA**  
LOS RECIPIENTES QUE PUEDAN ALMACENAR AGUA COMO TANQUES, TACHOS, LANTERNAS, ETC.

**LAVA**  
LAVA Y ESCOBILLA BEBEBROS, BUELLAS, FLORES Y CANNALITA.

**ELIMINA**  
BOTELLAS LATALES TAPADAS, LANTERNAS, CASCARILLAS DE FRUTA.

**VOLTEA**  
LOS RECIPIENTES QUE PUEDEN ALMACENAR AGUA.

**DIRESA TUMBES**  
Junta Provincial de Salud

## IDENTIFICAMOS SIGNOS DE ALARMA DEL DENGUE



### VÓMITOS CONSTANTES

Es un signo de  
alarma que no  
debemos ignorar.



### SANGRADO EN ENCÍAS Y NARIZ

Cualquier sangrado  
inusual, especialmente  
en encías y nariz, requiere  
atención inmediata



### DOLOR ABDOMINAL

Un dolor abdominal  
fuerte y sostenido debe  
ser tomado muy en serio.



### DECAIMIENTO

Si alguien presenta  
estos síntomas, es  
importante buscar  
atención médica, ya  
que podría indicar una  
fase crítica del dengue.

### HOJA DIARIA DE MONITOREO CLÍNICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ Historia Clínica: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Ingreso: / / Hora de Ingreso: : : Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Presión Arterial Media Normal: Frecuencia Cardíaca Normal: Co-Morbilidad: \_\_\_\_\_

Evolución	Hora									
	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Presión Arterial										
Presión Arterial Media (PAM)										
Frecuencia Cardíaca										
Pulso										
Frecuencia Respiratoria										
Temperatura										
Duresis										
<b>Signos y Síntomas a Evaluar</b>										
Dolor Abdominal Intenso y Sostenido										
Inestabilidad y/o Somnolencia										
Sangrados										
Vómitos Persistentes										
Diarreas Abundantes										
Falta de Apetito										
Dolor torácico/Dificultad respiratoria										
Lipotimia, Decaimiento										
Ascitis										
Derrame Pleural										
<b>Indicaciones Terapéuticas</b>										
Fluidoterapia EV en cc. /										

**CRITERIOS DE REFERENCIA**

- Shock Hipovolémico que no responde al tratamiento
- Sangrado Profuso - Grave
- Compromiso Grave de órganos
- Daño Hepático: Ictericia
- Alteración Marcada de la Conciencia
- Alteración del ritmo cardíaco
- Dificultad respiratoria.

**CRITERIOS DE ALTA (Todas presentes)**

- Ausencia de fiebre por más de 48 horas
- Ausencia de Signos de Alarma
- Tolerar Vía Oral
- Recuperar el Apetito

**RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE**

- Reposo por una semana
- Dieta Completa
- Líquidos a libre demanda
- Citar para control



NTS N° - Minsa/DGSP-V.01  
 Norma Técnica de Salud para la Atención de la Malaria y Malaria Grave en el Perú  
 ANEXO N° 10

## LIBRO DE REGISTRO DE FEBRILES AÑO 201.....

DIRESA / DISA: ..... Establecimiento de Salud: .....  
 Distrito: ..... Responsable: .....  
 Provincia: .....

N°	Fecha de Identif.	Nombres y Apellidos	Edad		H.Cl. o FF	Dirección	Lugar Probable de Infección	Fecha de Inicio de Enfermedad	Otras Enfermedades Metaxénicas	Registrar Fecha y Resultado			Febriles Diagnosticados		Observaciones
			M	F						Fecha de Resultado	Resultado Gota Gruesa	Tira Reactiva	Laboratorio	Clinicamente	



NTS N° - MINSA/DGSP-V.01  
 Norma Técnica de Salud para la Atención de la Malaria y Malaria Grave en el Perú

ANEXO N° 10

### LIBRO DE REGISTRO DE FEBRILES

AÑO 201

DIRESA / DISA:

Establecimiento de Salud:

Districto: Provincia:

Responsable:

N°	Fecha de Identif.	Nombres y Apellidos	Edad		H.CI. o F.F	Dirección	Lugar Probable de Infección	Fecha de Inicio de Enfermedad	Otras Enfermedades Metaxénicas	Registrar Fecha y Resultado			Febriles Diagnosticados		Observaciones	
			M	F						Fecha de Resultado	Resultado Gota Gruesa	Tira Reactiva	Laboratorio	Clinicamente		

**Anexo N° 08  
 REGISTRO DE PERSONAS EN VACUNACION ANTIRRABICA**

Establecimiento de Salud: .....  
 N : Nuevo  
 AR : Abandono recuperado  
 R : Refugado

N° : 001

U Larve  
 At. Moderada  
 S. S. Severa

**REGISTRO DE PERSONAS EN VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA**

N° DE ORDEN	H.C. DNI	CONDICIÓN DE INGRESO	APELLIDOS Y NOMBRES DE LA PERSONA EXPUESTA	EDAD Y SEXO	DOMICILIO DE LA PERSONA EXPUESTA	INDICACIÓN MÉDICA				FECHA DE APLICACIÓN	CONDICIÓN DE CONFINAMIENTO DE LA PERSONA				OBSERVACIONES		
						PRE-POS	INFECCION	SUSCROSION	LABOR		1	2	3	4		5	CONFINADO

OBSERVACIONES

Anexo N° 09

FICHA N° 1: ATENCIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS AL VIRUS RABICO

FICHA DE PERSONA N° ..... FICHA DEL ANIMAL N° .....  
Historia Clínica. N° ..... Especie: ..... Raza.....  
Fecha de la atención ..... Localizado ( )  
Fecha del Accidente de mordedura o exposición..... Huido ( )  
Distrito del Accidente: ..... Muerto ( )

DATOS DE LA PERSONA: POS EXPOSICION ( ) PRE-EXPOSICION ( )  
Nombres y apellidos ..... Peso en Kg: .....  
Edad ..... Sexo ..... Grado de instrucción:..... DNI:.....  
Domicilio: .....  
Calle Localidad Distrito Provincia  
Referencia de la vivienda ..... Telf. .... E-mail: .....  
Nombre persona acompañante: ..... DNI:.....

CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN Y ATENCIÓN

Mordedura ( ) arañazo ( ) contacto ( )  
Localización: Cara ( ) Cabeza ( ) Cuello ( ) Pulpejo de dedos de manos ( ) Manos ( )  
Extremidad superior ( ) Tórax ( ) Abdomen ( ) Pelvis ( ) Genitales ( )  
Extremidad inferior ( ) Pulpejo de dedos de pies ( )  
Descripción.....  
Protección: Cubierta ( ) Descubierta ( ) Número: Única ( ) Múltiple ( )  
Tipo: Superficial ( ) Profunda ( ) Estado de la herida: infectada ( ) No infectada ( )  
Atención de la herida: Inmediata ( ) Tardía ( ) ninguna ( ) Lugar: casa ( ) servicio de salud ( ) otros ( )  
Precedentes de vacunación: Si ( ) No ( ) Fecha..... N° de dosis: .....  
Alérgico: Si ( ) No ( ) ignora ( ) Enfermedad actual: Si ( ) No ( ) Descripción: .....

ESTADO Y UBICACIÓN DEL ANIMAL

Propio ( ) Fam/amig ( ) Vecino ( ) Comunitario ( ) Vago ( ) Otro ( ).....  
Especie de animal agresor: can ( ) felino ( ) murciélago ( ) simio ( ) bovino ( ) rata ( ) Otro ( )  
En observación ( ) Aparentemente sano ( ) Síntomas de rabia ( ) Muerto ( ) Desconocido ( )

TIPO DE LA EXPOSICION: Sin exposición ( ) Leve ( ) Grave ( )

CONTROL DEL TRATAMIENTO VACUNA ANTIRRABICA (volumen de la dosis según el laboratorio productor 0.5 o 1 cc)			
Dosis	Fecha	Tipo / lote	Observaciones
1*			
2*			
3*			
4*			
5*			

CONTROL DEL TRATAMIENTO CON SUERO ANTIRRÁBICO		
Dosis	Fecha	Tipo / lote
Dosis Suero Heterólogo 40 UI/Kg peso		
Peso del paciente:		
Dosis en UI:		
Establecimiento donde se aplicó:		

PRESCRIPCIÓN MÉDICA	FECHA	FIRMA	SELLO
Curación de herida	( )		
Indicación profilaxis antirrábica humana			
Vacunación antirrábica post exposición esquema estándar de OMS			
- Essen: 5 dosis (1 dosis vía intramuscular los días 0, 3, 7, 14 y 28	( )		
Refuerzos ( ) N° de Dosis ( ) días:.....	( )		
Iniciar con 2 dosis de vacuna de cultivo celular los días 0-3	( )		
Suspender vacunación antirrábica	( )		
Aplicar suero antirrábico heterólogo 40 UI x Kg de peso corporal	( )		
Continuar vacunación antirrábica: N° de dosis ( ) días:.....	( )		
Abandono recuperado N° dosis ( ) días:.....	( )		
Vacunación pre-exposición: N° de dosis ( ) días:.....	( )		
Indicación Vacunación antitetánica : N° de dosis ( )	( )		

REFERENCIA: .....

OBSERVACIONES  
 .....

**COMPROMISO DEL PACIENTE**

Me comprometo a cumplir con las indicaciones médicas, recibir tratamiento antirrábico y acudir al establecimiento de salud en las fechas programadas o si me citan, dejando constancia que mi incumplimiento será de mi entera responsabilidad conforme lo estipula la ley.

Huella Digital



Nombre y Firma del paciente o persona responsable: .....

DNI: .....

Lugar y fecha..... Cita.....

**FICHA N° 2: NOTIFICACION DEL ACCIDENTE POR MORDEDURA**

**CONTROL DEL ANIMAL:**

Ficha del animal N°.....

Especie agresora: .....

En servicio de Salud ( )  
 En domicilio ( )  
 Práctica privada ( )

Fecha de la denuncia:.....  
 Fecha de mordedura:.....  
 Fecha término de control:.....

Médico Veterinario responsable: .....  
 CMVP N°: .....

**DEL PROPIETARIO:**

Nombre:.....

Dirección: ..... Telf. ....  
 Referencia domiciliaria: .....

**DEL ANIMAL:**

Nombre: ..... Edad: ..... Sexo: ..... Tamaño: .....  
 Color: ..... Raza: .....

Vacunado: SI ( ) Fecha: ..... NO ( ) No sabe ( )

**CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE:**

En domicilio ( ) En vía pública ( )  
 Provocada ( ) Sin causa justificada ( )

**ANTECEDENTES DEL ANIMAL AGRESOR:**

Ha mordido a otros animales o personas: SI ( ) NO ( ) No sabe ( )

Ha notado algún cambio en el comportamiento: SI ( ) NO ( ) No sabe ( )

Otra información: .....

**DÍAS DE OBSERVACIÓN: perros y gatos**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1er control										
2do control										
3er control										

Anote según corresponda: Aparentemente sano (AS) Sospechoso de rabia (SR) Murió (M)

**RESULTADOS DE CONTROL:** De alta AS ( ) desaparecido ( ) En laboratorio ( )  
 Otro: .....

Firma y sello del responsable: .....

**DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO**

Muestra N°..... Fecha de envío:..... Oficio N°.....

EXAMEN	RESULTADO	FECHA
inmunofluorescencia		
Prueba biológica		

Responsable de la Información:.....

14F 2000015

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE ZOOZOSIS		INFORME MENSUAL DE RABIA SILVESTRE							
DIRESA/DISA		Minsa							
ESTABLECIMIENTO		ESSALUD							
MES		SANIDAD FFAA-PNP							
AÑO		OTRA							
<b>MORTALIDAD</b>		SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
Casos de rabia humana		T							
		M							
		F							
<b>PERSONAS MORDIDAS</b>		SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
TOTAL		T							
		M							
		F							
Por murciélago		T							
		M							
		F							
Por otros animales silvestres		T							
		M							
		F							
Por otros animales domésticos (equinos, porcinos etc)		T							
		M							
		F							
Por animal con diagnóstico positivo a rabia		T							
		M							
		F							
<b>CONTACTOS DE RABIA</b>		SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
Contactos atendidos		T							
		M							
		F							
<b>TRATAMIENTO</b>		SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
INICIAN TRATAMIENTO		T							
		M							
		F							
TOTAL		T							
		M							
		F							
Suero + esquema Clásico		T							
		M							
		F							
Esquema reducido		T							
		M							
		F							
<b>COMPLEMENTO DE TRATAMIENTO</b>		SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
TOTAL		T							
		M							
		F							
Suero + esquema Clásico		T							
		M							
		F							
Esquema reducido		T							
		M							
		F							
<b>TRATAMIENTO INCOMPLETO</b>		SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
TOTAL		T							
		M							
		F							
Abandono de tratamiento		T							
		M							
		F							
Transferido		T							
		M							
		F							
Transferido Controlado		T							
		M							
		F							
Total de Dosis Aplicadas		T							
		M							
		F							
<b>RABIA EN ANIMALES</b>									
Rabia en murciélago									
Rabia en bovinos									
Rabia en otras especies									
<b>MUESTRAS</b>									
Remitidas									
Procesadas									
<b>MUESTRAS</b>									
Focos Notificados									
Focos Investigados									
Focos Controlados									

14F. Zoonosis

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS  
 ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE ZONOSIS

**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES POR ANIMALES PONZOÑOSOS**

DIRESA/DISA:  MINSALUD:

ESTABLECIMIENTO:  SANIDAD FFAA-PNP:

MES:  OTRA:

AÑO:

MORBILIDAD	SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
TOTAL	T							
	F							
ACCIDENTES POR ANIMALES OFIDICOS	T							
	F							
Persona mordida por Bulstroops (Jerigon, Lora, Machado)	T							
	F							
Persona mordida por mordedura de Lechevía (Shushupe)	T							
	F							
Persona mordida por Crataeus	T							
	F							
Personas mordidas por otras especies (serpientes y lagartos venenosos)	T							
	F							
Personas mordidas por Ofidios sin identificación	T							
	F							
ACCIDENTES POR ARÁCNIDOS	T							
	F							
Persona mordida por Loxosceles (araña casera)	T							
	F							
Persona mordida por Loxosceles (araña silvestre o viuda negra)	T							
	F							
Persona mordida por Phoneutria (araña de plátano o mercado de frutas)	T							
	F							
Persona mordida por Escorpión o Alacrán	T							
	F							
Persona mordida por Otros arácnidos o no definidos	T							
	F							
ACCIDENTES POR OTRAS ESPECIES	T							
	F							
Por especies larvales (orugas, gusanos, etc.)	T							
	F							
Por Avispones, Avispas, Abejas	T							
	F							
Por otros artrópodos venenosos (hormigas, etc.)	T							
	F							

MORTALIDAD	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
TOTAL							
Con tratamiento							
Sin tratamiento							
POR ANIMALES OFIDICOS							
Con tratamiento							
Sin tratamiento							
POR ARÁCNIDOS:							
Con tratamiento							
Sin tratamiento							
POR OTRAS ESPECIES							
Con tratamiento							
Sin tratamiento							

SECUELAS DE DISCAPACIDAD	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
TOTAL							
Por accidentes ofídicos							
Por accidentes arácnidos							

N° DE PERSONAS QUE INICIAN TRAT. SUERO ESPECIFICADO	Personas	Fcs usado
TOTAL		
Antibiótico		
Antihistésico		
Antidotálico		
Antioxidante		
Otros		

14F 20040515

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS  
 ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE ZOONOSIS

**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE LEPTOPIROSIS**

DIRECCIÓN:   
 ESTABLECIMIENTO:   
 MES:   
 AÑO:

MINSA:   
 ESSALUD:   
 SANIDAD FFAA-FNP:   
 OTRA:

ATENDIDOS	SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
Pacientes atendidos por sospecha clínica de Leptopirosis	T							
	M							
	F							

DIAGNÓSTICO	SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
Diagnóstico presuntivo	T							
	M							
	F							
Diagnóstico serológico (confirmado)	T							
	M							
	F							

**MORBILIDAD**

DIAGNÓSTICO FINAL	SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
TOTAL	T							
	M							
	F							
Leptopirosis icterohemorrágica	T							
	M							
	F							
Otras Leptopirosis	T							
	M							
	F							
Leptopirosis no especificada	T							
	M							
	F							

MORTALIDAD	SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
Personas Fallecidas	T							
	M							
	F							

**TRATAMIENTO DE CASOS**

	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
Tratamiento							
Personas que inician tratamiento							
Personas que completan tratamiento							

**QUIMIOPROFILAXIS**

	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
Tratamiento							
Personas que inician tratamiento							
Personas que completan tratamiento							

**CONTROL DE BROTES**

Actividades	N°
Brotos Notificados	
Brotos Investigados	
Brotos Controlados	

14f. 2000015  
2-1

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS  
 ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE ZONOSIS

**INFORME MENSUAL DE RABIA URBANA**

DIRESA/DISA:   
 ESTABLECIMIENTO:   
 MES:   
 AÑO:

MINSA:   
 ESSALUD:   
 SANIDAD FFAA-PHP:   
 OTRA:

MORTALIDAD	SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
Casos de rabia humana	T							
	M							
	F							

PERSONAS MORDIDAS	SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
TOTAL	T							
	M							
	F							
Por can o gato conocido	T							
	M							
	F							
Por can o gato desconocido	T							
	M							
	F							
Por otros animales	T							
	M							
	F							
Por animal con diagnóstico positivo a rabia	T							
	M							
	F							

CONDICIÓN DE LA EXPLOSIÓN	SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
Con exposición leve	T							
	M							
	F							
Con exposición grave	T							
	M							
	F							

CONTACTOS DE RABIA	SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
N° de contactos atendidos	T							
	M							
	F							

TRATAMIENTO								
INICIAN TRATAMIENTO	SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
TOTAL	T							
	M							
	F							
Inician tratamiento suero + esquema clásico	T							
	M							
	F							
Inician tratamiento esquema reducido	T							
	M							
	F							
COMPLEMENTO DE TRATAMIENTO	SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-59a	60 y más	Gestante
TOTAL	T							
	M							
	F							
Suero + esquema clásico	T							
	M							
	F							
Esquema reducido	T							
	M							
	F							

UF - ZOONOSIS  
2-2

TRATAMIENTO INCOMPLETOS		SEXO	Total	0-11a	12-17a	18-29a	30-60a	60 y más	Qestante
TOTAL	T								
	M								
	F								
Suspensión de tratamiento	T								
	M								
	F								
Abandono de tratamiento	T								
	M								
	F								
Transferido	T								
	M								
	F								
Transferido controlado	T								
	M								
	F								

TOTAL DE DOSIS APLICADAS		T	M	F					

RABIA DE ANIMALES	
Rabia canina	
Rabia en gatos	
Rabia en otras especies	
ANIMALES MORDEDORES	
Total de animales mordedores	
Canes mordedores	
Gatos mordedores	
Otros animales	
Total de animales mordedores conocidos	
Canes mordedores conocidos	
Gatos mordedores conocidos	
Total de animales mordedores observados	
Canes mordedores observados	
Gatos mordedores observados	
ACTIVIDADES EN CANES	
Canes vacunados contra la rabia	
Canes eliminados en control de foco	
Can muerto en observación	
MUESTRAS	
Total de N° de muestras remitidas	
De can muerto en observación	
De can por vigilancia	
Otras especies	

Total de N° de muestras procesadas	
------------------------------------	--

CONTROL DE FOCOS	
ACTIVIDADES	
Focos Notificados	
Focos Investigados	
Focos Controlados	

NTS N°31- MINSA2017/DGIESP  
 NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA HUMANA EN EL PERÚ

Anexo N° 07

REGISTRO DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES DE MORDEDURAS POR ANIMALES

REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE MORDEDURAS POR ANIMALES

N° : 001

Estado: Aparentemente sano  
 SR. SOSPETTOLOSO de rabia  
 MORTUO: Muerto por otros causas  
 GRAVE

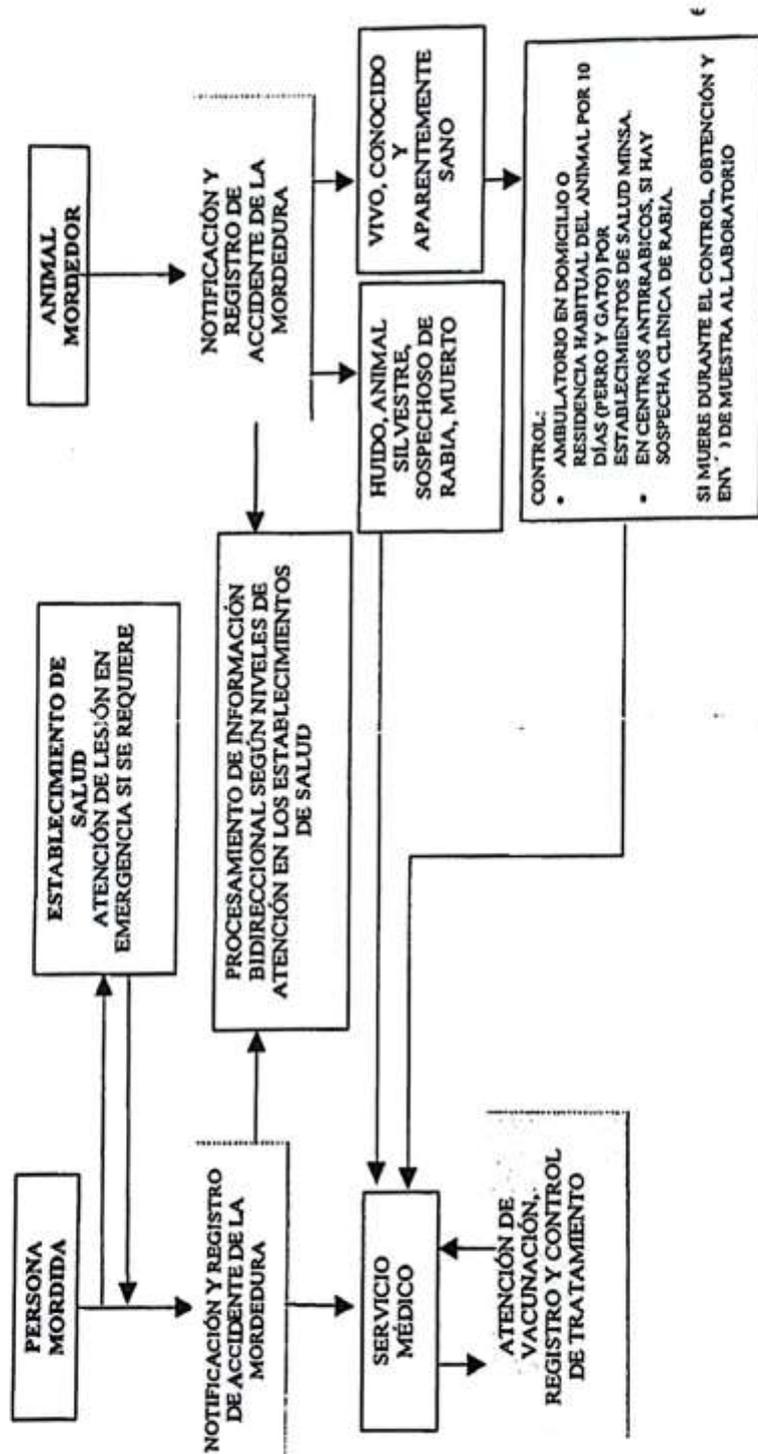
Establecimiento de Salud:

FECHA DE ACIDENTE	DIRECCIÓN	MUNICIPIO	CANTÓN	DISTRITO	PROVINCIA	MUNICIPALIDAD	CANTÓN	DISTRITO	DATOS DE LA VICTIMA			DATOS DEL ANIMAL MORDEDOR			CONDICIÓN DEL ANIMAL			RESULTADO DE LA CONSULTA		OBSERVACIONES	RESPONSABLE DEL REGISTRO		
									NOMBRE	EDAD	SEXO	ESPECIE	RAZA	ESPECIE	RAZA	ESPECIE	RAZA	ESPECIE	RAZA			ESPECIE	RAZA

OBSERVACIONES



Anexo N° 06  
**FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ACCIDENTE DE MORDEDURA Y DEL ANIMAL AGRESOR**



### RECOMENDACIONES A SEGUIR

1. No abandonar el tratamiento indicado.
2. No realizar deporte o cualquier actividad que demande esfuerzo físico.
3. Evitar la ingestión de alimentos muy condimentados, ají, bebidas alcohólicas o fumar.
4. No someterse a cambios bruscos de temperatura (del frío al calor o viceversa).
5. Si presenta algún malestar consulte de inmediato al médico de servicio.
6. No ingerir "CORTICOIDES"

**NOTA:** Se deben seguir las recomendaciones hasta 48 horas después de cada aplicación de la vacuna.

En caso de nueva mordedura presentar este carné.



PERÚ

MINISTERIO  
DE SALUD

DIRECCIÓN REGIONAL  
DE SALUD TUMBES



Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

## CONTROL DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

N° H. Cl. \_\_\_\_\_

N° Reg. Notificación Acc. Mord.: \_\_\_\_\_

N° Reg. Personas en Vacunación: \_\_\_\_\_

## EVITA LA RABIA

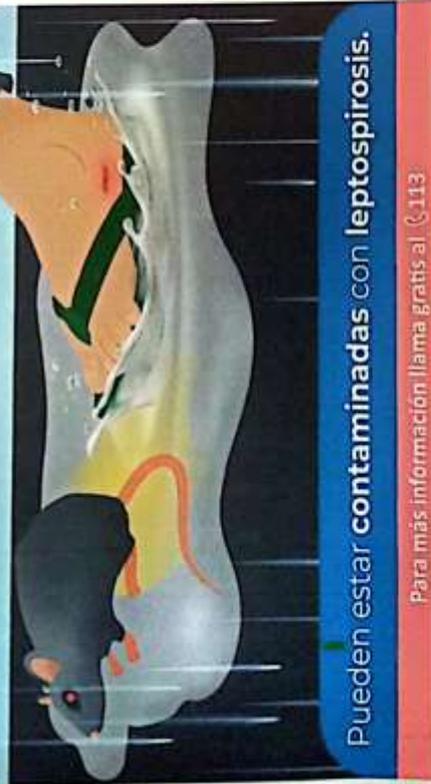
"NO ABANDONES EL TRATAMIENTO PORQUE  
PONÉS EN PELIGRO TU VIDA"

## CONTROL DE TRATAMIENTO ANTIRRÁBICO

ESQUEMA INDICADO				FECHA DE MORDEDURA		
VACUNACIÓN		PPRE	PPOST	N° DOSIS		
SUERO VACUNACIÓN				FECHA DE SUSPENSIÓN		
VACUNA ANTIRRÁBICA			SUERO ANTIRRÁBICO			
DOSIS	FECHA	TIPO/LOTE	DOSIS/UI	FECHA	TIPO/LOTE	
1						
2						
3			OBSERVACIONES: _____ _____ _____ _____ _____			
4						
5						
6						
7						

ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE INICIA EL TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE TERMINA EL TRATAMIENTO \_\_\_\_\_



**Temporada de Lluvias**

**No ingreses a aguas estancadas sin protección**

**Pueden estar contaminadas con leptospirosis.**

Para más información llama gratis al 113





## ¿Qué es la Leptospirosis?

Es una enfermedad causada por la bacteria *Leptospira*.  
 Puede ingresar al organismo a través de heridas en el cuerpo y el consumo de agua contaminada con la orina de animales infectados (roedores, cerdos, perros, reses).

**Síntomas:**

Fiebre y dolor de cabeza.

Dolor en los músculos, pantorrillas y región lumbar.

Dolor abdominal.

Náuseas y vómitos.

Diarreas y palidez en la piel.

## ¿Cómo prevenimos la leptospirosis?

Evita el contacto con aguas estancadas (anillos, pozos, charcos, desagües, cochinos, etc).

No camines descalzo en barro, charcos o acequias.

Evita que los niños jueguen en charcos de agua.

Consume agua hervida (hieroida).

Lava tus alimentos con agua segura.

Limpia los alrededores de tu casa y evita el ingreso de roedores.

Muestra un correcto manejo y eliminación de la bacteria.

**Si presentas alguno de estos síntomas acude al centro de salud más cercano.**

**Temporada de Lluvias**

# No ingreses a aguas estancadas sin protección

Pueden estar **contaminadas con leptospirosis.**

Para más información llama gratis al ☎ 113

PERU Ministerio de Salud

Con PUNCHE Perú

AFICUE

BICENTENARIO DEL PERÚ 2021 - 2024

The poster features a central illustration of a person's foot in a sandal stepping on a puddle of water. A black rat is shown swimming in the puddle, with a yellow highlight on its body indicating contamination. The background is a light blue sky with rain falling. The text is arranged in a clear hierarchy, with the main warning in large, bold letters. Logos for the Peruvian Ministry of Health, the 'Con PUNCHE Perú' campaign, and the bicentennial are located at the bottom.



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud - Tumbes

CÓDIGO EE. SS.

HOJA DE REFERENCIA

**1. DATOS GENERALES**

Fecha / /

Hora :

Asegurado  SI  NO

Tipo

Establecimiento de Origen de la Referencia

Establecimiento Destino de la Referencia

SÉMI SUBSIDIADO

SUBSIDIADO

**2. IDENTIFICACION DEL USUARIO**

CÓDIGO DE AFILIACION AL SIS  N° HISTORIA CLÍNICA  FECHA DE NACIMIENTO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
<input style="width: 95%; height: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 95%;" type="text"/>

Sexo  F  M DNI  Edad Años  Meses  Días

Dirección:  Distrito:  Departamento:

**3. RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA**

Anamnesis

Examen Físico T°  P.A.  F.R.  F.C.

Exámenes Auxiliares

Diagnostico	CIE - 10		D P R		
1) <input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>					
2) <input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>					
3) <input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>					

Tratamiento

Motivo de la Referencia

**4. DATOS DE LA REFERENCIA**

Coordinación de la Referencia	UPS Destino de la Referencia		
<input style="width: 95%; height: 95%;" type="text"/>	Emergencia <input type="checkbox"/>	Consulta externa <input type="checkbox"/>	Apoyo al diagnóstico (adjuntar orden) <input type="checkbox"/>
Fecha en que será atendido <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 95%;" type="text"/>
en que será atendido <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 95%;" type="text"/>
Nombre de quien lo atenderá <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 95%;" type="text"/>
Nombre con quien se coordinó la atención <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 95%;" type="text"/>

Especialidad de Destino

Pediatria..... Medicina..... Cirujia..... Gineco-Obst..... Lab.  Dx. Imag  Otros

Condiciones del Paciente al inicio del Traslado

Estable  Mal Estado

Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que acompaña	Personal que recibe
Nombre <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/> Colegiatura <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/> Profesion <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/> Colegiatura <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/> Profesion <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/> Colegiatura <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/> Profesion <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/> Colegiatura <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/> Profesion <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello

Condiciones del Paciente a la llegada al Establecimiento Destino de la Referencia

Estable  Fallecido



ESTABLECIMIENTO DE SALUD.....  
**ATENCIÓN DE EMERGENCIA**  
 HOJA CONTINUADORA DE HISTORIA CLÍNICA



1) N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 2) FECHA DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_  
 3) HORA DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_  
 4) PRIORIDAD DE ATENCIÓN: (1) (MARCAR CON X)  
 PRIORIDAD I  PRIORIDAD II  PRIORIDAD III  PRIORIDAD IV

**I.- FILIACIÓN:**

5) NOMBRES Y APELLIDOS:		6) N° DNI:	
7) TIPO DE SEGURO: (MARCAR CON X) SIS <input type="checkbox"/> ESSALUD <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		8) N° DE SEGURO:	
9) LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:		10) EDAD:      11) SEXO: FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/>	
12) DOMICILIO ACTUAL:		13) N° TELEFONO::	
14) LUGAR DE PROCEDENCIA:		15) GRADO DE INSTRUCCIÓN: (MARCAR CON X) ANALFABETO <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> SUPERIOR <input type="checkbox"/>	
17) RELIGIÓN:		16) ESTADO CIVIL: (MARCAR CON X) SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> CONVIVIENTE <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/>	
19) NOMBRE Y APELLIDOS DE ACOMPAÑANTE:		20) N° TELEFONO DE ACOMPAÑANTE:	
21) MÉDICO TRATANTE:      N° COLEGIATURA _____		22) DOMICILIO DEL ACOMPAÑANTE:	

**II.- ANAMNESIS:**

23) MOTIVO DE CONSULTA:		
24) TIEMPO DE ENFERMEDAD:	25) FORMA DE INICIO:	26) CURSO:
27) SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES:		
28) RELATO CRONOLÓGICO:		
FUNCIONES BIOLÓGICAS: 29) APETITO:		30) SED:
32) DEPOSICIONES:		33) SUEÑO:
ANTECEDENTES: 34) PERSONALES:		
35) FAMILIARES		
36) ALERGIAS:	37) CIRUGÍAS:	38) INMUNIZACIONES:

**III.- EXAMEN CLÍNICO:**

39) PA:	40) FC:	41) FR:	42) SATO2:	43) T°:
11) PES:	45) TALLA:	46) RNC (lg/m2):		
47: APARIENCIA GENERAL DEL PACIENTE:				
48: EXAMEN CLÍNICO REGIONAL:				

**IV.- DIAGNÓSTICOS:**

49) DIAGNÓSTICOS:	CIE-10	P	D	R

**V.- PLAN DE TRABAJO**

<b>50) EXÁMENES DE LABORATORIO</b>
<b>51) EXÁMENES POR IMAGEN:</b>
<b>52) INTERCONSULTAS:</b>
<b>53) REFERENCIAS:</b>
<b>54) PROCEDIMIENTOS DIGNOSTICOS Y/O TERAPEUTICOS:</b>
<b>55) FECHA DE PROXIMA CITA:</b>

**VI.- TRATAMIENTO:**

**REGIMEN HIGIENICO-DIETETICO Y MEDIDAS GENERALES:**

**54) MEDICAMENTOS**

CIE-10	NOMBRE DEL MEDICAMENTO(DC) Y CONCENTRACION	DOSIS / FRECUENCIA	DURACION DE TRATAMIENTO	CANTIDAD (N° Y LETRAS)	
				VIA DE ADMINISTRACIÓN	

**VII.- SEGUIMIENTO DE EVOLUCIÓN:**

**VIII.- FECHA Y HORA DE ALTA E INDICACIONES:**

SELLO Y FIRMA DE MÉDICO TRATANTE

NT N° 002-MINSA/DGSP V-01-2006 NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

(Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención:

PRIORIDAD I: Paciente con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la sala de resucitación, shock trauma (tiempo de espera = atención inmediata)

PRIORIDAD II: Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera no mayor a 10 minutos (tiempo de espera = período de 10 minutos)

PRIORIDAD III: Paciente que no presenta riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. amerita atención en el típico de emergencia, teniendo prioridad los casos I y II (tiempo de espera = período de 20 minutos)

PRIORIDAD IV: Paciente sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios descentralizados.

NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V02-2016 - ANEXO 6 FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA

**RECORDAR A LLENAR DEBE UTILIZAR LETRA LEGIBLE Y NO USAR ABREVIATURAS.**

LETEL

REGINA

FECHA PROCEL

DNI DIRIGENTE

### MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

#### Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

FORMA Y SELLO RESPONSABLE MS-SERIE

TURNO		
M	T	N

D	A	M	N	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (PMAS)				UNIDADES PRODUCToras DE SERVICIOS (SUPS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
1				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
				NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE				FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB				FECHA DE ULTIMA REGIA						
				FECHA DE NACIMIENTO				A M PC				PESO						
				M F				TALLA				C C D						
				D F				HA				R R S						
2				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
3				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
4				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
5				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
6				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
7				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
8				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
9				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
10				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
11				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
12				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			

FORMA Y SELLO RESPONSABLE MS-SERIE				FORMA Y SELLO RESPONSABLE MS-SERIE				FORMA Y SELLO RESPONSABLE MS-SERIE				FORMA Y SELLO RESPONSABLE MS-SERIE			
FORMA Y SELLO RESPONSABLE MS-SERIE				FORMA Y SELLO RESPONSABLE MS-SERIE				FORMA Y SELLO RESPONSABLE MS-SERIE				FORMA Y SELLO RESPONSABLE MS-SERIE			

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE TUMBES  
 ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1

D	AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (PRESTA)	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPAS)										NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																																									
				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15																																																					
DIA	D.E.I	E.C.M.I	DISTRITO DE PROCEDENCIA	ESTAD.	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTAD. NUTR.	SER. URO.	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA, PROCESAMIENTO Y ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE BANCOS			USO DE LAB			TENDI. QUIMIAS																																																						
											P	D	R	1°	2°	3°																																																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE																																																																							
FECHA DE NACIMIENTO																																																																							
FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB																																																																							
FECHA DE ULTIMA REGIA																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>M</td><td>PC</td><td>PELO</td><td>N</td><td>N</td><td>1</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>M</td><td></td><td>Pub</td><td>TALLA</td><td>C</td><td>C</td><td>2</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>Pub</td><td>H</td><td>R</td><td>R</td><td>3</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R									M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R									D		Pub	H	R	R	3	P	D	R								
A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R																																																														
M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R																																																														
D		Pub	H	R	R	3	P	D	R																																																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE																																																																							
FECHA DE NACIMIENTO																																																																							
FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB																																																																							
FECHA DE ULTIMA REGIA																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>M</td><td>PC</td><td>PELO</td><td>N</td><td>N</td><td>1</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>M</td><td></td><td>Pub</td><td>TALLA</td><td>C</td><td>C</td><td>2</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>Pub</td><td>H</td><td>R</td><td>R</td><td>3</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R									M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R									D		Pub	H	R	R	3	P	D	R								
A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R																																																														
M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R																																																														
D		Pub	H	R	R	3	P	D	R																																																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE																																																																							
FECHA DE NACIMIENTO																																																																							
FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB																																																																							
FECHA DE ULTIMA REGIA																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>M</td><td>PC</td><td>PELO</td><td>N</td><td>N</td><td>1</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>M</td><td></td><td>Pub</td><td>TALLA</td><td>C</td><td>C</td><td>2</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>Pub</td><td>H</td><td>R</td><td>R</td><td>3</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R									M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R									D		Pub	H	R	R	3	P	D	R								
A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R																																																														
M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R																																																														
D		Pub	H	R	R	3	P	D	R																																																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE																																																																							
FECHA DE NACIMIENTO																																																																							
FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB																																																																							
FECHA DE ULTIMA REGIA																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>M</td><td>PC</td><td>PELO</td><td>N</td><td>N</td><td>1</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>M</td><td></td><td>Pub</td><td>TALLA</td><td>C</td><td>C</td><td>2</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>Pub</td><td>H</td><td>R</td><td>R</td><td>3</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R									M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R									D		Pub	H	R	R	3	P	D	R								
A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R																																																														
M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R																																																														
D		Pub	H	R	R	3	P	D	R																																																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE																																																																							
FECHA DE NACIMIENTO																																																																							
FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB																																																																							
FECHA DE ULTIMA REGIA																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>M</td><td>PC</td><td>PELO</td><td>N</td><td>N</td><td>1</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>M</td><td></td><td>Pub</td><td>TALLA</td><td>C</td><td>C</td><td>2</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>Pub</td><td>H</td><td>R</td><td>R</td><td>3</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R									M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R									D		Pub	H	R	R	3	P	D	R								
A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R																																																														
M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R																																																														
D		Pub	H	R	R	3	P	D	R																																																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE																																																																							
FECHA DE NACIMIENTO																																																																							
FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB																																																																							
FECHA DE ULTIMA REGIA																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>M</td><td>PC</td><td>PELO</td><td>N</td><td>N</td><td>1</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>M</td><td></td><td>Pub</td><td>TALLA</td><td>C</td><td>C</td><td>2</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>Pub</td><td>H</td><td>R</td><td>R</td><td>3</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R									M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R									D		Pub	H	R	R	3	P	D	R								
A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R																																																														
M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R																																																														
D		Pub	H	R	R	3	P	D	R																																																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE																																																																							
FECHA DE NACIMIENTO																																																																							
FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB																																																																							
FECHA DE ULTIMA REGIA																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>M</td><td>PC</td><td>PELO</td><td>N</td><td>N</td><td>1</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>M</td><td></td><td>Pub</td><td>TALLA</td><td>C</td><td>C</td><td>2</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>Pub</td><td>H</td><td>R</td><td>R</td><td>3</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R									M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R									D		Pub	H	R	R	3	P	D	R								
A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R																																																														
M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R																																																														
D		Pub	H	R	R	3	P	D	R																																																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE																																																																							
FECHA DE NACIMIENTO																																																																							
FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB																																																																							
FECHA DE ULTIMA REGIA																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>M</td><td>PC</td><td>PELO</td><td>N</td><td>N</td><td>1</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>M</td><td></td><td>Pub</td><td>TALLA</td><td>C</td><td>C</td><td>2</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>Pub</td><td>H</td><td>R</td><td>R</td><td>3</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R									M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R									D		Pub	H	R	R	3	P	D	R								
A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R																																																														
M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R																																																														
D		Pub	H	R	R	3	P	D	R																																																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE																																																																							
FECHA DE NACIMIENTO																																																																							
FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB																																																																							
FECHA DE ULTIMA REGIA																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>M</td><td>PC</td><td>PELO</td><td>N</td><td>N</td><td>1</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>M</td><td></td><td>Pub</td><td>TALLA</td><td>C</td><td>C</td><td>2</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>Pub</td><td>H</td><td>R</td><td>R</td><td>3</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R									M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R									D		Pub	H	R	R	3	P	D	R								
A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R																																																														
M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R																																																														
D		Pub	H	R	R	3	P	D	R																																																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE																																																																							
FECHA DE NACIMIENTO																																																																							
FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB																																																																							
FECHA DE ULTIMA REGIA																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>M</td><td>PC</td><td>PELO</td><td>N</td><td>N</td><td>1</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>M</td><td></td><td>Pub</td><td>TALLA</td><td>C</td><td>C</td><td>2</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>Pub</td><td>H</td><td>R</td><td>R</td><td>3</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R									M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R									D		Pub	H	R	R	3	P	D	R								
A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R																																																														
M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R																																																														
D		Pub	H	R	R	3	P	D	R																																																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE																																																																							
FECHA DE NACIMIENTO																																																																							
FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB																																																																							
FECHA DE ULTIMA REGIA																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>M</td><td>PC</td><td>PELO</td><td>N</td><td>N</td><td>1</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>M</td><td></td><td>Pub</td><td>TALLA</td><td>C</td><td>C</td><td>2</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>Pub</td><td>H</td><td>R</td><td>R</td><td>3</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R									M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R									D		Pub	H	R	R	3	P	D	R								
A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R																																																														
M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R																																																														
D		Pub	H	R	R	3	P	D	R																																																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE																																																																							
FECHA DE NACIMIENTO																																																																							
FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB																																																																							
FECHA DE ULTIMA REGIA																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>M</td><td>PC</td><td>PELO</td><td>N</td><td>N</td><td>1</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>M</td><td></td><td>Pub</td><td>TALLA</td><td>C</td><td>C</td><td>2</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>Pub</td><td>H</td><td>R</td><td>R</td><td>3</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R									M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R									D		Pub	H	R	R	3	P	D	R								
A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R																																																														
M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R																																																														
D		Pub	H	R	R	3	P	D	R																																																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE																																																																							
FECHA DE NACIMIENTO																																																																							
FECHA ULTIMO RESULTADO DE HB																																																																							
FECHA DE ULTIMA REGIA																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>M</td><td>PC</td><td>PELO</td><td>N</td><td>N</td><td>1</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>M</td><td></td><td>Pub</td><td>TALLA</td><td>C</td><td>C</td><td>2</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>Pub</td><td>H</td><td>R</td><td>R</td><td>3</td><td>P</td><td>D</td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R									M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R									D		Pub	H	R	R	3	P	D	R								
A	M	PC	PELO	N	N	1	P	D	R																																																														
M		Pub	TALLA	C	C	2	P	D	R																																																														
D		Pub	H	R	R	3	P	D	R																																																														

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR DE SALUD EL REGISTRO, LEGIBILIDAD Y CODIFICACION CORRECTA DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS ASÍ COMO DE LA ENTREGA DIARIA A LA OFICINA DE ESTADISTICA O QUIEN HAGA SUS VECES PARA SU PROCESAMIENTO.



**SOLICITUD PARA TOMA DE GOTA GRUESA**

Establecimiento de Salud:  HC:

APELLIDOS:  EDAD:

NOMBRES:  SEXO:

PROCEDENCIA:

DIRECCIÓN ACTUAL:

Referencia:

GOTA GRUESA: Fecha toma muestra:  DNI:

Diagnóstico:  Control:  N° Caso:

Día de tratamiento:  N° Registro febril:

**TIRA REACTIVA (insumo serológica)**

Diagnóstico:  Especie:  Día de tratamiento:

N° Registro febril:  N° Caso:

**RESULTADO:**

ABEUNO AYOO 30 AMOT ABAW OUTIOLLOJ

**Gota Gruesa:**

Positiva	<input type="checkbox"/>	Plasmodium	<input type="checkbox"/>	N° Registro de la muestra	<input type="checkbox"/>
Negativa	<input type="checkbox"/>	Densidad Parasitaria	<input type="checkbox"/>	Fecha que se procesa	<input type="checkbox"/>

**Tira Reactiva:**

Positiva	<input type="checkbox"/>	Plasmodium	<input type="checkbox"/>	N° Registro de la muestra	<input type="checkbox"/>
Negativa	<input type="checkbox"/>			Fecha que se procesa	<input type="checkbox"/>

**OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Laboratorista

ii El examen de Gota Gruesa es Gratuito II



**FORMATO DE MONITOREO AMBULATORIO PARA PACIENTES CON DENGUE**

Nombre del E.E.S.S. de donde pertenece el paciente: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:</b>																													
<b>DNI:</b>		<b>EDAD (años):</b>		<b>SEXO: (M) (F):</b>		<b>TELÉFONO:</b>																							
<b>DIRECCIÓN:</b>																													
<b>REFERENCIA:</b>																													
<b>TIPO DE SEGURO:</b> SIS ( ) ESSALUD ( ) Sanidad ( ) Ejercito ( )																													
<b>¿Cuántas veces ha tenido dengue anteriormente? (de epidemias)</b>																													
(0)	(1)	(2)	(3)	( ) Otras, especificar _____																									
<b>GRUPO DE RIESGO</b>																													
<input type="checkbox"/> Gestante (cuántas semanas de gestación) _____ <input type="checkbox"/> Adulto mayor (≥ 60 años) _____ <input type="checkbox"/> Niño (0-5 años) _____ <input type="checkbox"/> Vive solo _____ <input type="checkbox"/> Vive en zona alejada _____ <input type="checkbox"/> Ninguno _____																													
<b>COMORBILIDADES:</b> ( ) Obesidad/ ( ) Diabetes/ ( ) Hipertensión/ ( ) Enf. Resp. Crónica/ ( ) Enf. Cardiovascular/ ( ) Otro _____																													
<b>Fecha y hora de monitoreo</b>																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Días de inicio de síntomas</td> <td style="width: 10%;">Día 1</td> <td style="width: 10%;">Día 2</td> <td style="width: 10%;">Día 3</td> <td style="width: 10%;">Día 4</td> <td style="width: 10%;">Día 5</td> <td style="width: 10%;">Día 6</td> <td style="width: 10%;">Día 7</td> <td style="width: 10%;">Día 8</td> <td style="width: 10%;">Día 9</td> </tr> <tr> <td></td> <td>horas</td> <td>horas</td> <td>horas</td> <td>horas</td> <td>horas</td> <td>horas</td> <td>horas</td> <td>horas</td> <td>horas</td> </tr> </table>										Días de inicio de síntomas	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9		horas								
Días de inicio de síntomas	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9																				
	horas	horas	horas	horas	horas	horas	horas	horas	horas																				
<b>MONITOREO DE TEMPERATURA (en las últimas 24 horas)</b>																													
Temperatura / sensación de frío																													
°C/(S)/(No)	°C/(S)/(No)	°C/(S)/(No)	°C/(S)/(No)	°C/(S)/(No)	°C/(S)/(No)	°C/(S)/(No)	°C/(S)/(No)	°C/(S)/(No)	°C/(S)/(No)																				
<b>EVOLUCIÓN DE PACIENTE</b>																													
Presión arterial (mmHg)																													
Presión arterial media (PAM)																													
Fiebre																													
Frigorilaciones																													
¿Cuántas veces al día está orinando?																													
¿Que líquidos está tomando por día?																													
¿Cuántos líquidos* ingeridos en las últimas 24 horas (1 litro = 1000 ml)?																													
¿Toma paracetamol / cuántas veces al día? (S) (No) / _____																													
¿Está usted tomando o inyectándose algún medicamento diferente al paracetamol? (S) (No)																													
¿Cuál o cuáles? (especificar) _____																													
<b>SIGNOS DE ALARMA (generalmente aparecen al desaparecer la fiebre) Si presenta alguno de estos signos es una URGENCIA MÉDICA = Requiere atención inmediata en el establecimiento de salud u hospital más cercano</b>																													
Dolor abdominal intenso y continuo																													
(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)																				
Dolor torácico (dolor de pecho) o dificultad																													
(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)																				
Vómitos persistentes (03 o más episodios en una hora, o 05 o más en seis horas)																													
(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)																				
Sangrado por la nariz, encías, vagina, heces u orina																													
(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)																				
Mareo, desmayo o somnolencia (incremento del sueño)																													
(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)																				
Hinchazón del cuerpo o extremidades (edema)																													
(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)	(S) (No)																				
<b>IMPORTANTE: El 95% de los casos de dengue SON LEVES y se curan solos, RECOMENDAR QUE LAS PERSONAS CON DENGUE NO SE AUTOMEDIQUEN!</b>																													
Instrucciones: Utilice esta hoja para monitorizar como aparecen y desaparecen los síntomas de la enfermedad. Recuerde que en el momento que cae la fiebre y no vuelve a aparecer marca el INICIO DE LA FASE CRÍTICA, por lo que es importante monitorizar en esta fase la aparición de los signos de alarma, si el paciente con dengue desde el inicio de la enfermedad se hidrata adecuadamente esta fase es muy probable que no aparezca. La fase crítica dura exactamente 48 horas.																													
* Líquidos que pueden tomar en casa: sopa, panelada, avena, soya, jugo de frutas, agua de coco, cebada, chicha morada, gelatina, cualquier bebida hidratante o rehidratante. Evitar el consumo de las frutas cítricas para no irritar más el estómago en las personas que no comen alimentos sólidos más de 01 día o sufren de alguna enfermedad previa como: dispepsia, gastritis o úlceras gástricas.																													
** La mejor forma de disminuir la fiebre y el malestar general es bañándose con agua a temperatura ambiente o fresca, mínimo por 05 minutos en forma continua; para mantener la temperatura del cuerpo cercana a lo normal el paciente debe tomar paracetamol inmediatamente después de bañarse.																													
<b>Observaciones:</b>																													
Nombres y apellidos de la persona que realiza el seguimiento:																													

## HOJA DIARIA DE MONITOREO CLÍNICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA

Apellidos y Hombres		Edad:		Sexo		Peso		Historia Clínica	
Fecha de Ingreso	/ /	Co-Morbilidad	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Presión Arterial Media Normal:	/ /	Frecuencia Cardíaca Normal	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
<b>Evolución</b>	Fecha/Días de Enfermedad	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
Presión Arterial									
Presión Arterial Media (PAM)									
Frecuencia Cardíaca									
Pulso									
Frecuencia Respiratoria									
Temperatura									
Diuresis									
<b>Signos y Síntomas a Evaluar</b>									
Dolor Abdominal Intenso y Sostenido									
Irritabilidad y/o Somnolencia									
Sangrados									
Vómitos Persistentes									
Diarreas Abundantes									
Falta de Apetito									
Dolor torácico/Dificultad respiratoria.									
Lipotimia, Decaimiento									
Ascitis									
Derrame Pleural									
<b>Indicaciones Terapéuticas</b>									
Fluidoterapia EV en cc/kg									
<b>CRITERIOS DE REFERENCIA</b>	Shock Hipovolémico que no responde al tratamiento								
	Sangrado Profuso - Grave								
	Compromiso Grave de órganos								
	Daño Hepático: Ictericia								
	Alteración Marcada de la Conciencia								
	Alteración del ritmo cardíaco								
	Dificultad respiratoria.								
<b>CRITERIOS DE ALTA (Todas presentes)</b>	Ausencia de fiebre por más de 48 horas								
	Ausencia de Signos de Alarma								
	Tolera Vía Oral								
	Recupera el Apetito								
<b>RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE</b>	Reposo por una semana								
	Dieta Completa								
	Líquidos a libre demanda								
	Citar para control								

## DENGUE SIGNOS DE ALARMA

Dolor de barriga intenso y continuo.  
Náuseas y vómitos persistentes.  
Sangrado por nariz, encías, u otras zonas.  
Tendencia a quedar dormido o muy irritado.  
Desmayo o mareos al ponerse de pie.  
Orina poco o no orina.

Si tienes cualquiera de estos signos de alarma,  
acude al Establecimiento de Salud más cercano.

## RECOMENDACIONES

- No te confíes si tienes una prueba de dengue con resultado **NEGATIVO**, igual puedes tener dengue y debes acudir a un establecimiento de salud.
- Recuerda tomar líquidos generosamente como: refrescos, jugos, caldos, sales de rehidratación, lactancia materna, etc.
- **NO TE AUTOMEDIQUES**, que te van a generar más daño.
- Busca y elimina los criaderos de zancudos en tu hogar.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

## CARNET DE SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE PACIENTES CON DENGUE

Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_



**Hazle  
el pare  
al dengue**

¡SI CRIADEDES, NO HAY ZANCUDO!

HCL: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio de síntomas: \_\_\_\_\_

FECHA HORA	EVOLUCIÓN (DÍA DE LA ENFERMEDAD)
	Presión Arterial Sistólica
	Presión Arterial Diastólica
	Presión Arterial Media (PAM)
	Frecuencia Cardíaca
	Pulso
	Frecuencia Respiratoria (Respir/min)
	Saturación de Oxígeno (SpO2)
	Temperatura
	Dureza (Hora de última moción/número de veces de moción en 24 horas)
	<b>SIGNOS DE ALARMA</b>
	Dolor Abdominal (intensidad del 1 al 10)
	Irritabilidad y Somnolencia (Si o No, ECG)
	Intolerancia oral (Vómitos Persistentes) (Si o No)
	Sangrado de mucosas (Si o No, especificar tipo de sangrado)
	Hipotensión Postural (Lipotimia o desmayo) (Si o No)
	Hepatomegalia (Signos epocaul)
	<b>INDICACIONES GENERALES</b>
	Antipirético (Dosis/hora)
	Volumen ingerido (Número de vasos en 24 hor
	<b>EXÁMENES AUXILIARES (Opciona)</b>
	Hematocrito
	Leucocitos
	Plaquetas
	<b>DIAGNÓSTICOS</b>
	<b>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EVALUADOR</b>

Elaborado: MINSA/DOESP/OPCEM-JUCI

**Indicaciones de alta médica (todas presentes):** ausencia de fiebre por más de 48 horas sin uso de antipiréticos y mejoría del cuadro clínico (buen estado general, buen apetito, estado hemodinámico estable, diuresis adecuada, ausencia de distress respiratorio)

		<p>* 510 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES x 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO, IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR</p> <p>* 310 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) DOBLES x 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO, IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR</p> <p>* 400 BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS X 50 HOJAS, TAMAÑO 1/2 A-4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPRATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, IMPRESO A UN SOLO COLOR AZULINO</p> <p>COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>		
		<p>* 900 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES x 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO, IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR</p> <p>* 314 BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS X 50 HOJAS, TAMAÑO 1/2 A-4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPRATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, IMPRESO A UN SOLO COLOR AZULINO</p> <p>COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>		
		<p>* 1010 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES x 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO, IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR</p> <p>* 250 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) DOBLES x 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO, IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR</p> <p>* 500 BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS X 50 HOJAS TAMAÑO 1/2 A-4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPRATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, IMPRESO A UN SOLO COLOR AZULINO.</p> <p>COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>		
		<p>* 1220 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) SIMPLES x 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO, IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR</p> <p>* 204 BLOCK DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUAS) DOBLES x 200 HOJAS, TAMAÑO OFICIO, IMPRESO EN AMBOS LADOS A UN SOLO COLOR</p> <p>* 600 BLOCK DE RECETAS UNICAS ESTANDARIZADAS X 50HOJAS, TAMAÑO 1/2 A-4 EN ORIGINAL Y COPIA, EN PAPEL AUTOCOPRATIVO CON CROQUEL EN EL CENTRO, IMPRESO A UN SOLO COLOR AZULINO.</p> <p>COORDINAR CON EL AREA USUSARIA, EL MODELO PREVIO A LA IMPRESION.                  PLAZO DE ENTREGA: 15 DIAS CALENDARIOS.</p>		
<p>SEGUROS</p>	<p>pedido de servicio N°1158</p>	<p>pedido de servicio N°1159</p>	<p>pedido de servicio N°1160</p>	<p>pedido de servicio N°1161</p>




### RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

EE SS: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 COD. AFILIAC. SS: **330** \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

USUARIO		ATENCIÓN		ESPECIALIDAD MEDICA	
Demanda	<input type="checkbox"/>	Consulta externa	<input type="checkbox"/>	Medicina	<input type="checkbox"/>
SIS	<input type="checkbox"/>	Emergencia	<input type="checkbox"/>	Cirugía	<input type="checkbox"/>
Intervención sanitaria	<input type="checkbox"/>	Odontología	<input type="checkbox"/>	Gineco-Obstetricia	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	Pediatría	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

Historia Clínica:  (CIE-10) 


Diagnóstico (Definitivo Presuntivo) \_\_\_\_\_

Rp.

Producto Farmacológico o Insumo (Obligatorio DCI o Equivalente para insumos)	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad

Sello/Firma/Col. Profesional      Fecha de atención      Valido hasta




### RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA INDICACIONES

EE SS: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Producto o Insumo	Dosis	Via	Frecuencia	Duración

Sello/Firma/Col. Profesional      Fecha de atención      Valido hasta

PERU		Ministerio de Salud		Dirección Regional de Salud - Tumbes		Seguro Integral de Salud					
FECHA DE ATENCIÓN (BUNFI)		HORA		CÓDIGO RENAES		AÑO		NÚMERO DE FORMATO		CÓDIGO	
				000001882		24		N° 069008		TURNO	
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD											
CÓDIGO RENAES DE LA PRESS				NOMBRE DE LA PRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN							
000001882				C.S. PAMPA GRANDE							
PERSONAL QUE ATENDE		LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR					
DE LA PRESS		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		AMBIATORIA		CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA PRESS U OFERTA FLEXIBLE	
ITINERANTE				EXTRAMURAL		REFERENCIA				N° HOJA DE REFERENCIA	
OFERTA FLEXIBLE						EMERGENCIA					
DEL ASEGURADO / USUARIO											
IDENTIFICACIÓN N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EMISOR / OTROS		CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS		INSTITUCIÓN		ASEGURADO DE OTRAS IAFAS			
						CÓD. SEGURO					
APPELLIDO PATERNO						APPELLIDO MATERNO					
FRMULA NOMBRES						OTROS NOMBRES					
SEXO		FECHA		DIA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLINICA	
(M / F)		PARTO / FECHA DE PARTO								ETNIA	
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO								DI / CM / AFILIACIÓN DEL RN 1	
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO								DI / CM / AFILIACIÓN DEL RN 2	
FLEXIBLE										DI / CM / AFILIACIÓN DEL RN 3	
DE LA ATENCIÓN											
REPORTE VINCULADO		CÓD. AUTORIZACIÓN		N° FUA VINCULADO		HOSPITALIZACIÓN		FECHA		DIA	
								DE INGRESO		MES	
								DE ALTA		AÑO	
								DE CORTE ADMINISTRATIVO			
CONCEPTO PRESTACIONAL											
ATENCIÓN DIRECTA		COR EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRABAJADO		SEPELIO			
		N° Autorización		N° Autorización				NATIMUERTO		ORITO	
		Monto S/		Monto S/				OTRO			
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO											
ALTA		CITA		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		CONTRA REFERIDO		FALLECIDO	
								CORTE ADMINS			
DE REFERIR / CONTRAREFERIR A:											
CÓDIGO RENAES DE LA PRESS		NOMBRE DE LA PRESS A LA QUE SE REFERIR / CONTRAREFERIR						N° HOJA DE REFER / CONTRARR.			
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS											
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		JUVEN Y ADULTO		VACUNAS N° DE DOSIS			
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		EVALUACIÓN INICIAL		ECG		INFLUENZA	
CIN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CIE D N°		ADULTO MAYOR		DPE		PAROTO	
EDAD GEST		APGAR 1°		RN PREMATURO		VACAN		APO		RUBEOLA	
AL TURA UTILIZADA		Corte Tardío de Cordón (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER		FAMILIA DE SALUD MENTAL		ASA		ROTAVIRUS	
PARTO VERTICAL				EMER EXTRAORDINARIA / SEGURO AL NACER				SFR		DI ADULTO (N° DOSIS)	
CONTROL PLETP (N°)				N° / AÑO / AÑO 3 DE GEST / PLETP / CASA MAT				SR		HPV	
				RAC (kg/M²)				PNS		PENTAVAL	
DIAGNÓSTICOS											
N°		DESCRIPCIÓN				INGRESO		EGRESO			
						TIPO DE DA		TIPO DE DA		CR. 18	
1						P D R		D R		CR. 18	
2						P D R		D R			
3						P D R		D R			
4						P D R		D R			
5						P D R		D R			
N° DE DNI		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						N° DE COLUQUATURA			
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO					
1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. ODONTÓLOGO 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICÓLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. TRABAJADOR SOCIAL 11. TÉCNICO ENFERMERA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO											
FIRMA ASEGURADO											
APODERADO											
ASEGURADO											
NOMBRES Y APELLIDOS											
DNI N° DE DEL APODERADO											
FIRMA Y BELLO DEL RESPONSABLE DE PROCEDIMIENTOS Y/O FARMACIA Y/O LABORATORIO						Firma digital del Asegurado o del Apoderado					



### 3.1.2 Consideraciones específicas

#### a) De la habilitación del proveedor

Si el objeto de la contratación requiere de la **habilitación del proveedor** para llevar a cabo la actividad económica materia de la contratación, esta debe ser incluida obligatoriamente como requisito de calificación en el literal A de este Capítulo.

Como habilitación no debe exigirse la presentación de documentos que no deriven de alguna norma que resulte aplicable al objeto materia de la contratación.

#### b) Del equipamiento y la infraestructura

En esta sección puede consignarse el **equipamiento e infraestructura** para la ejecución de la prestación, de ser el caso, debiendo clasificarse aquella que es estratégica para ejecutar dicha prestación. Cabe precisar, que solo aquel equipamiento o infraestructura clasificada como estratégica, pueden ser incluidos como requisitos de calificación en los literales B.1 y B.2 del presente Capítulo. Así por ejemplo, en el servicio de recolección de residuos sólidos, los camiones compactadores de basura (equipamiento), y en caso de servicios de disposición final de residuos sólidos, el relleno sanitario autorizado (infraestructura). No resulta razonable requerir que el postor cuente con oficinas (infraestructura) en determinada zona si ello no resulta necesario para la ejecución de la prestación.

En caso de establecerse características, años de antigüedad y otras condiciones en el equipamiento e infraestructura requeridos, éstas no deberán constituir exigencias desproporcionadas, irrazonables o innecesarias.

#### c) De la experiencia del proveedor en la especialidad

En caso de requerir que el proveedor cuente con **experiencia**, esta solo se puede exigir a través de la acreditación de un determinado monto facturado acumulado. Por consiguiente, no se puede exigir que el proveedor cuente con una determinada experiencia expresada en tiempo (años, meses, etc.) o número de contrataciones. Para dicho efecto, debe incluirse el requisito de calificación "Experiencia del postor en la especialidad" previsto en el literal C del presente Capítulo.

#### d) Condiciones de los consorcios

De conformidad con el numeral 49.5 del artículo 49 del Reglamento, el área usuaria puede incluir lo siguiente:

- 1) El número máximo de consorciados es de 2 INTEGRANTES DEL CONSORCIO.
- 2) El porcentaje mínimo de participación de cada consorciado es de 20% DE PARTICIPACIÓN DE CADA INTEGRANTE DEL CONSORCIO.
- 3) El porcentaje mínimo de participación en la ejecución del contrato, para el integrante del consorcio que acredite mayor experiencia, es de 50% DE PARTICIPACIÓN EN LAS OBLIGACIONES DEL INTEGRANTE DEL CONSORCIO QUE ACREDITE LA MAYOR EXPERIENCIA.

#### 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

<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>
	<b>HABILITACIÓN</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>VIGENCIA PODER</b></li><li>➤ <b>FICHA RUC</b></li></ul> <p>Requisitos relacionados a la habilitación para llevar a cabo la actividad económica materia de la contratación.</p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"><p><b>Importante</b></p><p><i>De conformidad con la Opinión N°186-2016/DTN, la habilitación de un postor, está relacionada con cierta atribución con la cual debe contar el proveedor para poder llevar a cabo la actividad materia de contratación, este es el caso de las actividades reguladas por normas en las cuales se establecen determinados requisitos que las empresas deben cumplir a efectos de estar habilitadas para la ejecución de determinado servicio o estar autorizadas para la comercialización de ciertos bienes en el mercado.</i></p></div> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Presentar en copia simple:</p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"><p><b>Importante</b></p><p><i>En el caso de consorcios, cada integrante del consorcio que se hubiera comprometido a ejecutar las obligaciones vinculadas directamente al objeto de la convocatoria debe acreditar este requisito.</i></p></div>
<b>B</b>	<b>CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>
<b>B.1</b>	<b>EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ 01 MAQUINA OFFSET 50 x 35 cm, DOBLE CUERPO, IMPRIME 12 MILLARES DE HOJAS x HORA Y LAS ENUMERA.</li><li>➤ 01 GUILLOTINA DE 1.20 mts. DE BOCA CORTADORA.</li><li>➤ 01 PLOTTER DE IMPRESIÓN DE 1.60 mts. EN ALTA CALIDAD.</li><li>➤ 01 TROQUELADORA INDUSTRIAL.</li><li>➤ 01 MAQUINA DE SISTEMA DE ENCUADERNACION.</li></ul> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"><p><b>Importante</b></p><p><i>En el caso que el postor sea un consorcio los documentos de acreditación de este requisito pueden estar a nombre del consorcio o de uno de sus integrantes.</i></p></div>
<b>B.2</b>	<b>INFRAESTRUCTURA ESTRATÉGICA</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Licencia de funcionamiento, como parte de la infraestructura clasificada como estratégica para ejecutar la prestación objeto de la convocatoria.</li><li>➤ Contar con local de funcionamiento propio y/o alquilado, en donde se asegure la ejecución de la contratación, objeto de la presente convocatoria, mediante el cual se asegura la calidad técnica y objetiva del servicio.</li></ul>

	<p><u>Acreditación:</u></p> <p>Copia simple de la Licencia de Funcionamiento, emitida por la Municipalidad.</p> <p>Copia simple de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad de la infraestructura estratégica requerida.</p> <p><b>Importante</b></p> <p><i>En el caso que el postor sea un consorcio los documentos de acreditación de este requisito pueden estar a nombre del consorcio o de uno de sus integrantes.</i></p>
<b>C</b>	<p><b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b></p> <p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a <b>S/ 229,350.00 (DOSCIENTOS VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA CON 00/100 SOLES)</b>, 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 <b>S/ 48,047.79 (CUARENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y SIETE CON 79/100 SOLES)</b>, 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: <b>SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL.</b></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 pago<sup>10</sup>, 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 <b>Anexo N° 8</b> 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>

<sup>10</sup> 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 fehacencia 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”.*

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.

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.

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.*

**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
<b>A. PRECIO</b>	
<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 (<b>Anexo N° 6</b>).</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<sub>i</sub>= Puntaje de la oferta a evaluar O<sub>i</sub>=Precio i O<sub>m</sub>= Precio de la oferta más baja PMP=Puntaje máximo del precio</p> <p style="text-align: right;"><b>[100] puntos</b></p>

## 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 **IMPRESIONES EN GENERAL PARA LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE TUMBES**, que celebra de una parte DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE TUMBES, en adelante LA ENTIDAD, con RUC N° [.....], con domicilio legal en [.....], 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, adjudicó la buena pro de la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1** para la contratación de **IMPRESIONES EN GENERAL PARA LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE TUMBES**, 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 **IMPRESIONES EN GENERAL PARA LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE TUMBES**.

### **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 PAGO<sup>11</sup>**

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.

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

<sup>11</sup> En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

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."*

#### **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 NOVENA: 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 **EL ÁREA USUARIA O UNIDAD ORGÁNICA**, en el plazo máximo de **SIETE (7) 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 DÉCIMA: 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 UNDÉCIMA: 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 UN (1) año contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

#### **CLÁUSULA DUODÉCIMA: 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 TERCERA: 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 CUARTA: 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 QUINTA: 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 SEXTA: 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 SÉTIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS<sup>12</sup>**

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.

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 OCTAVA: 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 DÉCIMA NOVENA: 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:

<sup>12</sup> 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).

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.

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 Digitales<sup>13</sup>.*

<sup>13</sup> 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

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1**  
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 <sup>14</sup>		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 servicios<sup>15</sup>

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.*

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> 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

ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1

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 <sup>16</sup>	Sí		No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado 2				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE <sup>17</sup>	Sí		No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado ...				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE <sup>18</sup>	Sí		No	
Correo electrónico :				

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

Correo electrónico del consorcio:

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.

<sup>16</sup> 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.

<sup>17</sup> Ibidem.

<sup>18</sup> Ibidem.

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 servicios<sup>19</sup>

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.*

---

<sup>19</sup> 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

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1**  
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

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1**  
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 [CONSIGNAR EL OBJETO DE LA CONVOCATORIA], 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

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1**

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  
**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1**  
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°** [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

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] | [ % ] <sup>20</sup> |
|    | [DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]                          |                     |
| 2. | OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] | [ % ] <sup>21</sup> |
|    | [DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]                          |                     |
|    | TOTAL OBLIGACIONES  | 100% <sup>22</sup>  |

<sup>20</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>21</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>22</sup> Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

[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.*

## ANEXO N° 6

### PRECIO DE LA OFERTA

Señores  
**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1**  
Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, de acuerdo con las bases, mi oferta es la siguiente:

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
<b>TOTAL</b>			

El precio de la oferta en SOLES, 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

- *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 TRIBUTOS MATERIA DE LA EXONERACIÓN]".*

**Importante para la Entidad**

*Si durante la fase de actos preparatorios, las Entidades advierten que es posible la participación de proveedores que gozan del beneficio de la exoneración del IGV prevista en la Ley N° 27037, Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía, incluir el siguiente anexo:*

*Esta nota deberá ser eliminada una vez culminada la elaboración de las bases*

**ANEXO N° 7  
DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES PARA LA  
APLICACIÓN DE LA EXONERACIÓN DEL IGV**

Señores  
**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1**  
Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro bajo juramento que gozo del beneficio de la exoneración del IGV previsto en la Ley N° 27037, Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía, dado que cumpla con las condiciones siguientes:

- 1.- Que el domicilio fiscal de la empresa<sup>23</sup> se encuentra ubicada en la Amazonía y coincide con el lugar establecido como sede central (donde tiene su administración y lleva su contabilidad);
- 2.- Que la empresa se encuentra inscrita en las Oficinas Registrales de la Amazonía (exigible en caso de personas jurídicas);
- 3.- Que, al menos el setenta por ciento (70%) de los activos fijos de la empresa se encuentran en la Amazonía; y
- 4.- Que la empresa no presta servicios fuera de la Amazonía.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal, según corresponda**

**Importante**

*Cuando se trate de consorcios, esta declaración jurada será presentada por cada uno de los integrantes del consorcio, salvo que se trate de consorcios con contabilidad independiente, en cuyo caso debe ser suscrita por el representante común, debiendo indicar su condición de consorcio con contabilidad independiente y el número de RUC del consorcio.*

<sup>23</sup> En el artículo 1 del "Reglamento de las Disposiciones Tributarias contenidas en la Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía" se define como "empresa" a las "Personas naturales, sociedades conyugales, sucesiones indivisas y personas consideradas jurídicas por la Ley del Impuesto a la Renta, generadoras de rentas de tercera categoría, ubicadas en la Amazonía. Las sociedades conyugales son aquéllas que ejerzan la opción prevista en el Artículo 16 de la Ley del Impuesto a la Renta."

## ANEXO N° 8

### EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores  
**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1**  
Presente.-

Mediante el presente, el suscrito detalla la siguiente EXPERIENCIA EN LA ESPECIALIDAD:

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>24</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>25</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>26</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>27</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>28</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>29</sup>
1										
2										
3										

<sup>24</sup> 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.

<sup>25</sup> 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.

<sup>26</sup> 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".

<sup>27</sup> Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

<sup>28</sup> 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.

<sup>29</sup> 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 <sup>24</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>25</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>26</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>27</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>28</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>29</sup>
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
...										
20										
<b>TOTAL</b>										

[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  
**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1**  
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/rmp/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.*

**Importante para la Entidad**

*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) o el procedimiento de selección según relación de ítem no supere dicho monto, se debe considerar el siguiente anexo:*

*Esta nota deberá ser eliminada una vez culminada la elaboración de las bases.*

**ANEXO N° 10**

**SOLICITUD DE BONIFICACIÓN DEL DIEZ POR CIENTO (10%) POR SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA PROVINCIA DE LIMA Y CALLAO  
(DE SER EL CASO, SOLO PRESENTAR ESTA SOLICITUD EN EL ÍTEM [CONSIGNAR EL N° DEL ÍTEM O ÍTEMS CUYO VALOR ESTIMADO NO SUPERA LOS DOSCIENTOS MIL SOLES (S/ 200,000.00)])**

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1**  
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 diez por ciento (10%) sobre el puntaje total en [CONSIGNAR EL ÍTEM O ITEMS, SEGÚN CORRESPONDA, EN LOS QUE SE SOLICITA LA BONIFICACIÓN] debido a que el domicilio de mi representada se encuentra ubicado en la provincia o provincia colindante donde se ejecuta la prestación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal, según corresponda**

**Importante**

- *Para asignar la bonificación, el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda, verifica el domicilio consignado por el postor en el Registro Nacional de Proveedores (RNP).*
- *Para que el postor pueda acceder a la bonificación, debe cumplir con las condiciones establecidas en el literal f) del artículo 50 del Reglamento.*

**Importante**

*Cuando se trate de consorcios, la declaración jurada es la siguiente:*

**ANEXO N° 10**

**SOLICITUD DE BONIFICACIÓN DEL DIEZ POR CIENTO (10%) POR SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA PROVINCIA DE LIMA Y CALLAO (DE SER EL CASO, SOLO PRESENTAR ESTA SOLICITUD EN EL ÍTEM [CONSIGNAR EL N° DEL ÍTEM O ÍTEMS CUYO VALOR ESTIMADO NO SUPERA LOS DOSCIENTOS MIL SOLES (S/ 200,000.00)])**

Señores

**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1  
Presente.-**

Mediante el presente el que se suscribe, [.....], representante común del consorcio [CONSIGNAR EL NOMBRE DEL CONSORCIO], solicito la asignación de la bonificación del diez por ciento (10%) sobre el puntaje total en [CONSIGNAR EL ÍTEM O ÍTEMS, SEGÚN CORRESPONDA, EN LOS QUE SE SOLICITA LA BONIFICACIÓN] debido a que los domicilios de todos los integrantes del consorcio se encuentran ubicados en la provincia o provincias colindantes donde se ejecuta la prestación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del representante  
común del consorcio**

**Importante**

- *Para asignar la bonificación, el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda, verifica el domicilio consignado de los integrantes del consorcio, en el Registro Nacional de Proveedores (RNP).*
- *Para que un consorcio pueda acceder a la bonificación, cada uno de sus integrantes debe cumplir con las condiciones establecidas en el literal f) del artículo 50 del Reglamento.*

## ANEXO N° 11

### SOLICITUD DE BONIFICACIÓN DEL CINCO POR CIENTO (5%) POR TENER LA CONDICIÓN DE MICRO Y PEQUEÑA EMPRESA

Señores  
**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1**  
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  
**ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°002-2024-DRST-OEC-1**  
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.*