

# *BASES ESTÁNDAR DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES*

*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:***

Nº	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	<div>Importante</div> <div>• Abc</div>	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	<div>Advertencia</div> <div>• Abc</div>	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	<div>Importante para la Entidad</div> <div>• Xyz</div>	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:*

Nº	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:**

1. Una vez registrada la información solicitada dentro de los corchetes sombreados en gris, el texto deberá quedar en letra tamaño 10, con estilo normal, sin formato de negrita y sin sombrear.
2. 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 2019, junio 2019, diciembre 2019, julio 2020, julio y diciembre 2021, junio y octubre de 2022*



## **BASES ESTÁNDAR DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES**

### **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 20-2023-HRDC/CS**

PRIMERA CONVOCATORIA

### **CONTRATACIÓN DE BIENES ADQUISICIÓN DE FORMATERÍA FORMATERÍA PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA**

## **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 Nº 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

<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>

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

En la apertura electrónica de la oferta, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, verifica la presentación de lo exigido en la sección específica de las bases de conformidad con el numeral 73.2 del artículo 73 del Reglamento y determina si las ofertas responden a las características y/o requisitos funcionales y condiciones de las Especificaciones Técnicas, 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.

#### **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.

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 compra, 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 compra, 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 compra. En caso la Entidad perfeccione el contrato con la recepción de la orden de compra 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 accesorio, 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.*

**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->*

**Advertencia**

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 bienes, 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 : HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA  
RUC N° : 20166728585  
Domicilio legal : Av. Larry Jhonson S/N  
Teléfono: : 076602100 – Anexo 137  
Correo electrónico: : [logística.procesos@hrc.gob.pe](mailto:logística.procesos@hrc.gob.pe)

### 1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación de ADQUISICIÓN DE FORMATERIA PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA.

ITEM N°	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
<b>Pedido N° 552</b>			
1	FORMATO KARDEX CUIDADOS INTERMEDIOS PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4, SEGÚN MODELO	CIENTO	20
2	FORMATO APACHE II PAPEL BOND 80 GR. A4 SEGÚN MODELO	UND	1000
3	FORMATO HOJA BALANCE HIDRICO (UCI) BLOCK X 100 BOND 80 GR. A4 SEGÚN MODELO	UND	30
4	FORMATO HOJA DE MONITOREO DE ENF. CUIDADOS INTENSIVOS INTERMEDIOS PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A3 FULL COLOR AMBOS LADOS SEGÚN MODELO	MILLAR	14
<b>Pedido N° 616</b>			
5	FORMATO TERAPEÚTICA, INSUMOS PROCEDIMIENTOS PAPEL BOND 80 GR. A4 SEGÚN MODELO	UND	144,000
6	FORMATO REFERENCIA PAPEL AUTOCOPIATIVO A4 ORIGINAL Y DOS COPIAS BLOCK	TALN	60
7	FORMATO CONTRA REFERENCIA PAPEL AUTOCOPIATIVO A4 ORIGINAL Y DOS COPIAS BLOCK	TALN	100
8	MILLARES FORMATO CONTINUO AUTOCOPIATIVO ORIGINAL Y DOS COPIAS TAMAÑO 12.7 CM X 15.2 CM	MILLAR	600
9	MILLARES FORMATO ATENCIÓN DE BANCO DE SANGRE Y EMOTERAPIA PAPEL BOND DE 75 GR	UND	4000
10	ORDEN DE CONSULTA MÉDICA Y ATENCIÓN POR CONVENIO TAMAÑO A5 BLOCK Y COPIA AUTOCOPIATIVO	TALN	10
<b>Pedido N° 469</b>			
11	FORMATO RECETA ESPECIAL PARA ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS X 50 PAPEL AUTOCOPIATIVO 1X2 (21X14CM)	TALN	100
12	TARJETA DE CONTROL VISIBLE FARMACIA COLOR AMARILLO 15 CM X 12 CM CARTÓN CARTULINA	MILLAR	75
<b>Pedido N° 428</b>			
13	FORMATO MONITOREO DE FUNCIONES VITALES PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4	MILLAR	2.5
14	FORMATO KARDEX PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 AMBOS LADOS	MILLAR	70
15	FORMATO REGISTRO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	MILLAR	3

	PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 AMBOS LADOS		
16	FORMATO ALTA SERVICIO DE NEFERMERIA PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 AMBOS LADOS	MILLAR	8
17	FORMATO SOBRE INFORME ESTADISTICOS PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 AMBOS LADOS	MILLAR	1
18	FORMATO KARDEX DE ENFERMERIA PARA EMERGENCIA PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 AMBOS LADOS	MILLAR	10
<b>Pedido N° 359</b>			
19	FORMATO RIESGO QUIRURGICO CARDIOVASCULAR EN BLOCK DE 100 UNIDADES PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4	MILLAR	26
20	FORMATO SOLICITUS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A5 BLOC X 100	MILLAR	134
21	FORMATO FICHA DE SOLICITUD PARA ESTUDIO ANA TOMOPATOLÓGICO TAMAÑO 15X21 BLOCK X 100 DESGLOSABLE	MILLAR	5
22	FORMATO DE SOLICITUD INVESTIGACIONBACTERIOLOGÍA TAMANO 15X21 BLOCK X 100 DESGLOSABLE	MILLAR	5
23	FORMATO SOLICITUD SALA OPERACIONES TAMAÑO 15X12 BLOCK X 100 DESGLOSABLE	MILLAR	14
24	FORMATO TERAPEUTICA PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 EN BLOCK DE 100	MILLAR	184
25	FORMATO TOMA DE MUESTRA PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 EN BLOCK DE 100	MILLAR	174
26	FORMATO PAPELETA PARA TRAMITE DE ALTA PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 EN BLOCK DE 100	MILLAR	21
<b>Pedido N° 274</b>			
27	FORMATO DE EVALUACIÓN PRE-ANESTESICA CONSTA DE 4 HOJAS PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4. SEGÚN MODELO	CIENTO	70
28	FORMATO EVALUACIÓN ANESTESIA ORIGINAL Y COPIA TAMAÑO A4 AUTOCOPIABLE BLOCK DE 100	MILLAR	20
29	FORMATO HOJA DE REGISTRO DE ANESTESIA ORIGINAL Y COPIA TAMAÑO A4 AUTOCOPIABLE BLOCK DE 100	MILLAR	15
30	FORMATO INFORME QUIRURGICO ORIGINAL TAMAÑO A4 AUTOCOPIABLE BLOCK DE 100	CIENTO	70
31	FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGUROS EN CIRUGÍA ORIGINAL Y COPIA TAMAÑO A4 AUTOCOPIABLE	CIENTO	60
32	FORMATO REGISTRO DE PROCESOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA ORIGINAL Y COPIA TAMAÑO A4 AUTOCOPIABLE BLOCK DE 100	UND	100
<b>Pedido N° 166</b>			
33	FORMATO REGISTRO DE ENFERMERIA PAPEL BOND 80 GR. A4 SEGÚN MODELO	MILLAR	1
34	FORMATO RECETARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA PAPEL BOND 80 GR. SEGÚN MODELO	MILLAR	1
35	FORMATO REGISTRO DE ACTIVIDADES DE TECNICO ENFERMERIA PAPEL BOND 80 GR. SEGÚN MODELO	MILLAR	1
36	FORMATO PASE PARA FAMILIARES DE PACIENTE PAPEL BOND 80 GR. SEGÚN MODELO	CIENTO	12
37	FORMATO CONTROL DE ANESTESIA PAPEL BOND 80 GR. SEGÚN MODELO	MILLAR	1
38	FORMATO CONTROL DE DIURESIS PAPEL BOND 80 GR. SEGÚN MODELO	CIENTO	10
39	FORMATO CONTROL DE GLUCOSA PAPEL BOND 80 GR. SEGÚN MODELO	MILLAR	1
40	FORMATO ESQUEMA DE TRATAMIENTO PAPEL BOND 80 GR. SEGÚN MODELO BLOCK X 100 (09 MODELOS)	UND	45
<b>Pedido N° 570</b>			
41	FORMATO SOLICITUD TRANSFUNCIONAL PAPEL AUTOCOPIABLE ORIGINAL Y COPIA SEGÚN MODELO	MILLAR	5
42	FORMATO TARJETA DE CONTROL VISIBLE 04 MODELOS 9.5 X 14.2 CM. SEGÚN MODELO	MILLAR	4
<b>Pedido N° 168</b>			
43	FORMATO MONITOREO DE ENFERMERIA EN CUIDADOS INTERMEDIOS TAMAÑO A3 SEGÚN MODELO	MILLAR	30
44	FORMATO DE CONTROL DE INFUSIONES PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 SEGÚN MODELO	MILLAR	10

45	FORMATO NOTA DE INGRESO UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 SEGÚN MODELO	UNIDAD	9,000
46	FORMATO HOJA DE EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 SEGÚN MODELO	MILLAR	30
47	FORMATO INFORME DE ALTA DE NEONATOLOGÍA PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 SEGÚN MODELO	MILLAR	9
48	FORMATO REGISTRO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES TAMAÑO A3 SEGÚN MODELO	MILLAR	30
<b>Pedido N° 113</b>			
49	FORMATO FICHA CLÍNICA DE HEMODIALISIS PAPEL AUTOCOPIABLE A4. SEGÚN MODELO BLOCK X 100	UNIDAD	25
50	FORMATO ENFERMERIA SERVICIO DE NEFROLOGÍA PAPEL BOND A4 SEGÚN MODELO BLOCK X 50	UNIDAD	10
<b>Pedido N° 489</b>			
51	FORMATO HOJA DE KARDEX DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA PAPEL BOND 75 GR. A4 SEGÚN MODELO	MILLAR	4

### 1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante MEMORANDUM N° 178-2023-GR.CAJ.DRS/HRDC-OEA, el 14 de julio del 2023.

### 1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

DONACIONES Y TRANSFERENCIAS  
RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS

#### Importante

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

### 1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

El presente procedimiento se rige por el sistema A SUMA ALZADA, de acuerdo con lo establecido en el expediente de contratación respectivo.

### 1.6. MODALIDAD DE EJECUCIÓN

NO CORRESPONDE

### 1.7. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO

NO APLICA

### 1.8. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

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

### 1.9. PLAZO DE ENTREGA

Los bienes materia de la presente convocatoria se entregarán en el plazo de 90 días calendarios; en dos entregas, la primera entrega del 50% de los bienes a adquirir deberán ser

entregados a los cinco (05) días de suscrito el contrato o de notificada la orden de compra y la segunda entrega será a los noventa (90) días desuscrito el contrato o de notificada la orden de compra, en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación

#### 1.10. 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/ 10.00 en caja de la Entidad., conforme al siguiente detalle:

- Pagar en la Oficina de Tesorería del Hospital Regional Docente de Cajamarca, ubicado en la Av. Larry Jhonson S/N° - Cajamarca (horario de atención 07:45 a.m a 15:00 horas).
- Recoger en la Oficina de Logística del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Av. Larry Jhonson S/N° - Cajamarca (horario de atención 07:45 a.m a 15:00 horas)

##### **Importante**

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

#### 1.11. BASE LEGAL

- Decreto Legislativo N° 1440 – Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- Ley N° 31638, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2023.
- Ley N° 31639, Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal 2023.
- Decreto Supremo N° 082-2019-EF, que Aprueba el TUO de la Ley N° 30225 – Ley de Contrataciones del Estado.
- Decreto Supremo N° 344-2018-EF que Aprueba el Reglamento de la Ley N° 30225 - Ley de Contrataciones del Estado, modificado por Decretos Supremos N° 377-2019-EF, N° 168-2020- EF, N° 250-2020-EF y N° 162-2021-EF y demás modificatorias.
- Decreto Supremo N° 004-2019-JUS que Aprueba el TUO de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 043-2003-PCM.

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>2</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>3</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 las Especificaciones Técnicas contenidas en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (**Anexo N° 3**)

<sup>2</sup> La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

<sup>3</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 entrega. **(Anexo N° 4)**<sup>4</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.*

#### 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>5</sup>.
- b) Solicitud de bonificación del cinco por ciento (5%) por tener la condición de micro y pequeña empresa **(Anexo N° 10)**.
- c) Incorporar en la oferta los documentos que acreditan los “Factores de Evaluación” establecidos en el Capítulo IV de la presente sección de las bases, a efectos de obtener el puntaje previsto en dicho Capítulo para cada factor.

#### 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 acápites “Documentos para la admisión de la oferta”, “Requisitos de calificación” y “Factores de evaluación”.*

### 2.3. PRESENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

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

<sup>4</sup> En caso de considerar como factor de evaluación la mejora del plazo de entrega, el plazo ofertado en dicho anexo servirá también para acreditar este factor.

<sup>5</sup> Dicho documento se tendrá en consideración en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

*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 : 076-100-3542.  
Banco : BANCO DE LA NACIÓN.  
N° CCI<sup>6</sup> : 01786100076100354275.

## 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° 11**).
- i) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado<sup>9</sup>.
- j) Detalle del precio de la oferta de cada uno de los bienes que conforman el paquete<sup>10</sup>.

### Importante

- *En caso que el postor ganador de la buena pro sea un consorcio, las garantías que presente este para el perfeccionamiento del contrato, así como durante la ejecución contractual, de ser el caso, además de cumplir con las condiciones establecidas en el artículo 33 de la Ley y en el artículo 148 del Reglamento, deben consignar expresamente el nombre completo o la denominación o razón social de los integrantes del consorcio, en calidad de garantizados, de*

<sup>6</sup> En caso de transferencia interbancaria.

<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.

<sup>9</sup> Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

<sup>10</sup> Incluir solo en caso de contrataciones por paquete.

*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 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>11</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 del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Av. Larry Jhonson S/N° - Cajamarca (horario de atención 07:45 a.m a 15:00 horas).

## **2.6. FORMA DE PAGO**

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en dos (02) armadas.

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

- Recepción del área de almacén o la que haga sus veces.
- Informe del funcionario responsable del Almacén General o quien haga sus veces, emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de pago.
- Guía de Remisión.

Dicha documentación se debe presentar en mesa de partes del Hospital Regional Docente de Cajamarca, sito en Av. Larry Jhonson S/N Barrio Mollepampa – Cajamarca, en el horario de

<sup>11</sup> Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

07:30 a.m. hasta las 3:15 p.m., de lunes a viernes.

### 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. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN

"OFICINA DE LOGÍSTICA"  
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"



ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ADQUISICIÓN DE FORMATERÍA DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL REGIONAL  
DOCENTE DE CAJAMARCA

I. ÁREA USUARIA

Los diferentes servicios del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

II. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Adquisición de formatería para los diferentes servicios del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

ITEM N°	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	FORMATO KARDEX CUIDADOS INTERMEDIOS PAPEL BOND 80 GR. AR, SEGÚN MOELO	CIENTO	20
2	FORMATO APACHE II PAPEL BOND 80 GR. A4 SEGÚN MODELO	UND	1000
3	FORMATO HOJA BALANCE HIDRICO (UCI) BLOCK X 100 BOND 80 GR. A4 SEGÚN MODLEO	UND	30
4	FORMATO HOJA DE MONITOREO DE ENF. CUIDADOS INTENSIVOS INTERMEDIOS PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A3 FULL COLOR AMBOS LADOS SEGÚN MODELO	MILLAR	14
5	FORMATO TERAPEÚTICA, INSUMOS PROCEDIMIENTOS PAPEL BOND 80 GR. A4 SEGÚN MODELO	UND	144,000
6	FORMATO REFERENCIA PAPEL AUTOCOPIATIVO A4 ORIGINAL Y DOS COPIAS BLOCK	TALN	60
7	FORMATO CONTRA REFERENCIA PAPEL AUTOCOPIATIVO A4 ORIGINAL Y DOS COPIAS BLOCK	TALN	100
8	MILLARES FORMATO CONTINUO AUTOCOPIATIVO ORIGINAL Y DOS COPIAS TAMAÑO 12.7 CM X 15.2 CM	MILLAR	600
9	MILLARES FORMATO ATENCIÓN DE BANCO DE SANGRE Y EMOTERAPIA PAPEL BOND DE 75 GR.	UND	4000
10	ORDEN DE CONSULTA MÉDICA Y ATENCIÓN POR CONVENIO TAMAÑO A5 BLOCK Y COPIA AUTOCOPIATIVO	TALN	10
11	FORMATO RECETA ESPECIAL PARA ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS X 50 PAPEL AUTOCOPIATIVO 1X2 (21X14CM)	TALN	100
12	TARJETA DE CONTROL VISIBLE FARMACIA COLOR AMARILLO 15 CM X 12 CM CARTÓN CARTULINA	MILLAR	75
13	FORMATO MONITOREO DE FUNCIONES VITALES PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4	MILLAR	2.5
14	FORMATO KARDEX PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 AMBOS LADOS	MILLAR	70
15	FORMATO REGISTRO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 AMBOS LADOS	MILLAR	3
16	FORMATO ALTA SERVICIO DE NEFERMERIA PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 AMBOS LADOS	MILLAR	8
17	FORMATO SOBRE INFORME ESTADÍSTICOS PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 AMBOS LADOS	MILLAR	1
18	FORMATO KARDEX DE ENFERMERIA PARA EMERGENCIA PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 AMBOS LADOS	MILLAR	10
19	FORMATO RIESGO QUIRURGICO CARDIOVASCULAR EN BLOCK DE 100 UNIDADES PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4	MILLAR	26
20	FORMATO SOLICITUS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A5 BLOC X 100	MILLAR	134
21	FORMATO FICHA DE SOLICITUD PARA ESTUDIO ANA TOMOPATOLÓGICO TAMAÑO 15X21 BLOCK X 100 DESGLOSABLE	MILLAR	5



**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA**  
**DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN**

**“OFICINA DE LOGÍSTICA”**  
“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”



22	FORMATO DE SOLICITUD INVESTIGACIONBACTERIOLOGÍA TAMAÑO 15X21 BLOCK X 100 DESGLOSABLE	MILLAR	5
23	FORMATO SOLICITUD SALA OPERACIONES TAMAÑO 15X12 BLOCK X 100 DESGLOSABLE	MILLAR	14
24	FORMATO TERAPEUTICA PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 EN BLOCK DE 100	MILLAR	184
25	FORMATO TOMA DE MUESTRA PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 EN BLOCK DE 100	MILLAR	174
26	FORMATO PAPELETA PARA TRAMITE DE ALTA PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 EN BLOCK DE 100	MILLAR	21
27	FORMATO DE EVALUACIÓN PRE-ANESTESICA CONSTA DE 4 HOJAS PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4. SEGÚN MODELO	CIENTO	70
28	FORMATO EVALUACIÓN ANESTESIA ORIGINAL Y COPIA TAMAÑO A4 AUTOCOPIABLE BLOCK DE 100	MILLAR	20
29	FORMATO HOJA DE REGISTRO DE ANESTESIA ORIGINAL Y COPIA TAMAÑO A4 AUTOCOPIABLE BLOCK DE 100	MILLAR	15
30	FORMATO INFORME QUIRURGICO ORIGINAL TAMAÑO A4 AUTOCOPIABLE BLOCK DE 100	CIENTO	70
31	FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGUROS EN CIRUGÍA ORIGINAL Y COPIA TAMAÑO A4 AUTOCOPIABLE	CIENTO	60
32	FORMATO REGISTRO DE PROCESOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA ORIGINAL Y COPIA TAMAÑO A4 AUTOCOPIABLE BLOCK DE 100	UND	100
33	FORMATO REGISTRO DE ENFERMERIA PAPEL BOND 80 GR. A4 SEGÚN MODELO	MILLAR	1
34	FORMATO RECETARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA PAPEL BOND 80 GR. SEGÚN MODELO	MILLAR	1
35	FORMATO REGISTRO DE ACTIVIDADES DE TECNICO ENFERMERIA PAPEL BOND 80 GR. SEGÚN MODELO	MILLAR	1
36	FORMATO PASE PARA FAMILIARES DE PACIENTE PAPEL BOND 80 GR. SEGÚN MODELO	CIENTO	12
37	FORMATO CONTROL DE ANESTESIA PAPEL BOND 80 GR. SEGÚN MODELO	MILLAR	1
38	FORMATO CONTROL DE DIURESIS PAPEL BOND 80 GR. SEGÚN MODELO	CIENTO	10
39	FORMATO CONTROL DE GLUCOSA PAPEL BOND 80 GR. SEGÚN MODELO	MILLAR	1
40	FORMATO ESQUEMA DE TRATAMIENTO PAPEL BOND 80 GR. SEGÚN MODELO BLOCK X 100 (09 MODELOS)	UND	45
41	FORMATO SOLICITUD TRANSFUNCIONAL PAPEL AUTOCOPIABLE ORIGINAL Y COPIA SEGÚN MODELO	MILLAR	5
42	FORMATO TARJETA DE CONTROL VISIBLE 04 MODELOS 9.5 X 14.2 CM. SEGÚN MODELO	MILLAR	4
43	FORMATO MONITOREO DE ENFERMERIA EN CUIDADOS INTERMEDIOS TAMAÑO A3 SEGÚN MODELO	MILLAR	30
44	FORMATO DE CONTROL DE INFUSIONES PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 SEGÚN MODELO	MILLAR	10
45	FORMATO NOTA DE INGRESO UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 SEGÚN MODELO	UNIDAD	9,000
46	FORMATO HOJA DE EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 SEGÚN MODELO	MILLAR	30
47	FORMATO INFORME DE ALTA DE NEONATOLOGÍA PAPEL BOND 80 GR. TAMAÑO A4 SEGÚN MODELO	MILLAR	9
48	FORMATO REGISTRO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES TAMAÑO A3 SEGÚN MODELO	MILLAR	30
49	FORMATO FICHA CLÍNICA DE HEMODIALISIS PAPEL AUTOCOPIABLE A4. SEGÚN MODELO BLOCK X 100	UNIDAD	25
50	FORMATO ENFERMERIA SERVICIO DE NEFROLOGÍA PAPEL BOND A4 SEGÚN MODELO BLOCK X 50	UNIDAD	10



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN

“OFICINA DE LOGÍSTICA”  
“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”



51	FORMATO HOJA DE KARDEX DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA PAPEL BOND 75 GR. A4 SEGÚN MODELO	MILLAR	4
----	--	--------	---

III. FINALIDAD PÚBLICA

El presente proceso de selección busca contar con los bienes (papelería) necesarios, que permitan a cada uno de los servicios del Hospital Regional Docente de Cajamarca, brindar una prestación adecuada y oportuna, dado que, al abastecerse de los bienes requeridos se ayudará en la simplificación de los procedimientos y trámites a realizar.

IV. OBJETIVO

4.1. **OBJETIVO GENERAL:** Contar con la formatería que permitirá a cada uno de los servicios del Hospital Regional Docente de Cajamarca, una prestación adecuada y oportuna.

4.2. **OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- ❖ Proveer a cada uno de los servicios del Hospital Regional Docente de Cajamarca, de los bienes que resultan necesarios para el cumplimiento de sus funciones y trámites.

V. CARACTERÍSTICAS

- Las características o atributos técnicos, se describen en el objeto de la presente contratación y serán prestados según modelos adjuntos al presente requerimiento.

VI. EMBALAJE.

La formatería a entregar deberá ser embalado en cajas o paquetes bajo las condiciones que permitan el cuidado y durabilidad de los bienes.

VII. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN DE PRESTACIÓN

7.1. LUGAR

Los bienes materia de adquisición, serán entregados en el Almacén Central de la Entidad, sito en la Av. Larry Jhonson S/n – Cajamarca

7.2. PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo de ejecución de la prestación será en 90 días calendarios; en dos entregas la primera entrega a los cinco días de suscrito el contrato o de notificado la orden de compra; correspondiendo entregar el 50% de la cantidad total requerida; y, la otra entrega, es decir del 50% restante; será a los 90 días de suscrito el contrato o de notificado la orden de compra.

VIII. ADELANTOS.

La entidad no otorgará adelantos.

IX. MEDIDAS DE CONTROL DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL.

ÁREAS QUE COORDINARÁ CON EL PROVEEDOR.



**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA**  
**DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN**

**"OFICINA DE LOGÍSTICA"**  
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"



Los diferentes servicios del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

**ÁREA RESPONSABLE DE LAS MEDIDAS DE CONTROL.**

Los diferentes servicios del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

**ÁREA QUE BRINDARÁ LA CONFORMIDAD.**

Los servicios del Hospital Regional Docente de Cajamarca: Hotelería, Banco de Sangre, Farmacia, Nefrología, Neonatología, Hospitalización, Emergencia y Cuidados Críticos, Seguro, Medicina, Emergencia, Centro Quirúrgico.

**X. FORMA DE PAGO:**

El pago se realizará en dos armadas, por cada prestación parcial (entrega), luego de otorgada la conformidad correspondiente a cada entrega.

**XI. EXPERIENCIA DEL POSTOR.**

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado de S/ 300,000.00 (Trescientos mil con 00/100 soles), por la contratación de bienes 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.

Se consideran bienes similares: venta de formatería en general y/o servicio.


**XII. EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO**

El proveedor deberá contar como mínimo con una máquina offset bicolor, con área de impresión mínima de 35 x 50 cm; trifásica, mínimo motor 9kv.

**XIII. ANEXOS:**

Modelos de formatos que fueran requeridos por cada una de las áreas usuarias (Diferentes Servicios del Hospital Regional Docente de Cajamarca).

Cajamarca, setiembre del 2023

				<b>GRUPO B</b>
Hospital Regional Cajamarca SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE				
Lote		Factor Rh		
RECEPTOR: .....				
Servicio: .....		Cama: .....		H.C. ....
PRODUCTO DESPACHADO: ST ( ) P.G. ( ) G.R.L. ( )				
PRUEBA DE COMPATIBILIDAD: COMPATIBLE ( ) INCOMPATIBLE ( )				
SIN PRUEBA DE COMPATIBILIDAD ( )				
ESTUDIO DE EMFERM. INFECTOCONTAGIOSAS .....				
FECHA DE EXTRACCIÓN: .....		PERSONAL RESPONSABLE: .....		
FECHA DE VENCIMIENTO: .....		FECHA DE PREPARACIÓN: .....		

				<b>GRUPO AB</b>
Hospital Regional Cajamarca SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE				
Lote		Factor Rh		
RECEPTOR: .....				
Servicio : .....		Cama: .....		H.C. ....
PRODUCTO DESPACHADO: ST ( ) P.G. ( ) G.R.L. ( )				
PRUEBA DE COMPATIBILIDAD: COMPATIBLE ( ) INCOMPATIBLE ( )				
SIN PRUEBA DE COMPATIBILIDAD ( )				
ESTUDIO DE ENFERM. INFECTOCONTAGIOSAS .....				
FECHA DE EXTRACCIÓN: .....		PERSONAL RESPONSABLE: .....		
FECHA DE VENCIMIENTO: .....		FECHA DE PREPARACIÓN: .....		

 Hospital Regional Docente de Cajamarca  
SERVICIO DE BANCO DE SANGRE Y HEMOTERAPIA



**GRUPO A**

Lote \_\_\_\_\_ Factor Rh \_\_\_\_\_

RECEPTOR: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ H.C. \_\_\_\_\_

PRODUCTO DESPACHADO: ST ( ) P.G ( ) G.R.L. ( )


PRUEBA DE COMPATIBILIDAD: COMPATIBLE ( ) INCOMPATIBLE ( )


SIN PRUEBA DE COMPATIBILIDAD: \_\_\_\_\_

ESTUDIO DE EMFERM. INFECTOCONTAGIOSAS \_\_\_\_\_

FECHA DE EXTRACCIÓN: \_\_\_\_\_ PERSONAL RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

FECHA DE VENCIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE PREPARACIÓN: \_\_\_\_\_

 Hospital Regional Docente de Cajamarca  
SERVICIO DE BANCO DE SANGRE Y HEMOTERAPIA



**GRUPO O POSITIVO**

Lote \_\_\_\_\_ Factor Rh \_\_\_\_\_

RECEPTOR: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ H.C. \_\_\_\_\_

PRODUCTO DESPACHADO: ST ( ) P.G ( ) G.R.L. ( )

PRUEBA DE COMPATIBILIDAD: COMPATIBLE ( ) INCOMPATIBLE ( )

SIN PRUEBA DE COMPATIBILIDAD: \_\_\_\_\_

ESTUDIO DE EMFERM. INFECTOCONTAGIOSAS \_\_\_\_\_

FECHA DE EXTRACCIÓN: \_\_\_\_\_ PERSONAL RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

FECHA DE VENCIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE PREPARACIÓN: \_\_\_\_\_

**NO REACTIVO**



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA  
SERVICIO DE BANCO DE SANGRE Y HEMOTERAPIA  
HOJA DE CONDUCCIÓN DE TRANSFUSIONES



02

SELLO DE CALIDAD/ HEMOCOMPONENTE						
GLÓBULOS ROJOS						
UNIDADES DE PLAQUETAS						
AFÉRESIS						
PLASMA FRESCO CONGELADO						
CRIOPRECIPITADO						
GR LEUCORREDUCIDOS						
PQ LEUCORREDUCIDAS						

Antes de iniciar la transfusión verificar:

1° Número de unidad, grupo sanguíneo que aparecen en este formato son los mismos que figuran en la bolsa de sangre.

2° Los nombres y apellidos de la historia clínica y de la etiqueta de la bolsa coinciden. De ser posible preguntar sus datos al paciente.

3° Que la bolsa a transfundir tiene un aspecto normal.

ANTECEDENTES DE TRANSFUSIONES PREVIAS:

Fecha	Unidad	Hemocomponentes	Reacciones Adversas	Institución

MEDICAMENTOS PREVIOS A LA TRANSFUSIÓN:


CONDUCCION DE LA TRANSFUSIÓN														
N° de Unidad														
Parámetro / Hora	Inicio	Fin	Inicio	Fin	Inicio	Fin	Inicio	Fin	Inicio	Fin	Inicio	Fin	Inicio	Fin
Presión Arterial														
Pulso														
Respiraciones														
Temperatura														
Volumen de Sangrado (para SOP y ST)														

INCIDENTES EN LA TRANSFUSIÓN		
	SI	NO
¿Reacción adversa a la transfusión (RAT)?		
¿La transfusión ha sido interrumpida?		
¿Ha devuelto la unidad del hemocomponente?		
		Volumen residual a entregar: _____
		Hora: _____

OBSERVACIONES:


FIRMA MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_ FIRMA LIC. ENFERMERÍA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_  
Grupo Sanguíneo del Paciente: \_\_\_\_\_

**MES:**

113

AÑO

11

31



REGISTRO DIARIO DE ATENCIONES DE ENFERMERIA - NEFROLOGIA

MES:

AÑO



FECHA/TURNO	M			T			N			M			T			N			M			T			N			TOTAL
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
EMERGENCIAS DIALITICAS	Edema Agudo de Pulmón																											
	Hiperkalemia																											
	Complicaciones Urémicas																											
	Acidosis Metabólica Severa																											
HEPARINIZACIÓN	Dosis Total																											
	Dosis continua																											
	Sin Heparina																											
	Restringida																											
ABORDAJE DE ACCESO VASCULAR	Descarte																											
	Fístula Arteriovenosa (FAV)																											
	Catéter Venoso Central Temporal (CVCT)																											
	Catéter Venoso Central de larga Permanencia (CVCTLP)																											
COMPLICACIONES CLINICAS	Injerto																											
	Hipotensión Arterial																											
	Hipertensión Arterial																											
	Nauseas y Vómitos																											
COMPLICACIONES TECNICAS	Cefalea																											
	Calambres																											
	Embolia Gaseosa																											
	Paro Cardiorrespiratorio																											
	Hemólisis																											
	Hipertermia																											
	Dolor Lumbar																											
	Ingreso de Aire en el Circuito Extracorpóreo																											
	Cuagulación Parcial o Total del Circuito Extracorpóreo																											
	Falla de Máquina de Hemodíalisis																											
	Ruptura de Dializador																											
	Ruptura de Línea Arterial o Venosa																											
	Falla del Sistema Abastecimiento de Agua																											



## FECHA: Sesión N°

## EVALUACIÓN CLÍNICA

**PESO SECO:** \_\_\_\_\_

## PRESCRIPCIÓN

NEFRÓLOGO

**EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA** Grado de Dependencia: I , II , III , IV

Peso Inicial : \_\_\_\_\_  
Peso Final : \_\_\_\_\_

Diuresis 24h:  
----- CC

## EVALUACIÓN FINAL

\_\_\_\_\_ EPO: -----  
 \_\_\_\_\_ HIERRO:-----  
 \_\_\_\_\_ VIT. B12: -----

Aspecto de Filtro:

\_\_\_\_\_ ENFERMERA: Inicia  
 \_\_\_\_\_ ENFERMERA: Finaliza

F-3

16



## NOTA DE INGRESO



ÁREA: UCI NEO ( )

UCIN NEONT ( )

INTERMEDI ( )

### A. ANAMNESIS

#### I. FILIACIÓN

Apellidos y Nombres del R.N.: .....

Fecha de Nacimiento: ..... Edad: ..... N° Cuna: .....

Procedencia: ..... Dirección: .....

Teléfono: ..... N° SIS: .....

#### II. MOTIVO DE INGRESO

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

#### III. RELATO

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

#### IV. ANTECEDENTES

Maternos: .....

Perinatales: .....

#### V. EXAMEN FÍSICO

F.C. .... FR: .... T° : ..... SO2: ..... PA: .....

Piel: .....

Cráneo: .....

Cuello: .....

Tórax: .....

C.V. ....

Respiratorio: .....

Abdomen: .....

Soma: .....

Neurológico: .....

NOMBRE Y APELLIDOS DEL R.N.: ..... N° CUNA: .....

**B. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**C. PLAN DIAGNÓSTICO**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**D. PLAN TERAPÉUTICO**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RN.: ..... N° CUNA: .....

F-2

19

Nombres: .....  
Cuna: .....  
.....  
Nº mgls: .....  
FECHA: .....HORA: .....

Nombres: .....  
Cuna: .....  
.....  
Nº mgls: .....  
FECHA: .....HORA: .....

Nombres: .....  
Cuna: .....  
.....  
Nº mgls: .....  
FECHA: .....HORA: .....

Nombres: .....  
Cuna: .....  
.....  
Nº mgls: .....  
FECHA: .....HORA: .....

Nombres: .....  
Cuna: .....  
.....  
Nº mgls: .....  
FECHA: .....HORA: .....

Nombres: .....  
Cuna: .....  
.....  
Nº mgls: .....  
FECHA: .....HORA: .....

Nombres: .....  
Cuna: .....  
.....  
Nº mgls: .....  
FECHA: .....HORA: .....

Nombres: .....  
Cuna: .....  
.....  
Nº mgls: .....  
FECHA: .....HORA: .....

Nombres: .....  
Cuna: .....  
.....  
Nº mgls: .....  
FECHA: .....HORA: .....

Nombres: .....  
Cuna: .....  
.....  
Nº mgls: .....  
FECHA: .....HORA: .....

Nombres: .....  
Cuna: .....  
.....  
Nº mgls: .....  
FECHA: .....HORA: .....

Nombres: .....  
Cuna: .....  
.....  
Nº mgls: .....  
FECHA: .....HORA: .....

F-4

18



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA  
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA



## EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS

---

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

F-5

17



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA  
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA  
HISTORIA CLÍNICA



INFORME DE ALTA

NOMBRE: ..... SEXO: ..... EDAD: .....  
FECHA DE NACIMIENTO: ...../...../..... (H: ..... : .....) PROCEDENCIA: .....  
FECHA DE INGRESO: ...../...../..... (H: ..... : .....) FECHA DE ALTA: ...../...../..... (H: ..... : .....)

DATOS DEL NACIMIENTO:

- Tipo de Parto: Vaginal ( ) ..... Cesárea ( ) por .....  
Institucional ( ) en ..... Domiciliario ( ) atendido por .....  
Edad Gestacional: ..... sem. APGAR: 1' ( ) , 5' ( ) , 10' ( ) GS y factor Rh: .....  
Peso: ..... g. Talla: ..... cm. P. Cefálico: ..... cm. P. Torácico: ..... cm. P. Abdominal: ..... cm.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

DIAGNÓSTICO DE EGRESO:

1. .... 1. ....  
2. .... 2. ....  
3. .... 3. ....  
4. .... 4. ....

TRATAMIENTO RECIBIDO:

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

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

PRONÓSTICO: Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

AL ALTA: PESO: ..... g. Talla: ..... cm. P. Cefálico: ..... cm. Hb: ..... g/dL.  
BCG: ...../...../..... Hvb: ...../...../.....

RECOMENDACIONES AL ALTA:

- Lactancia Materna a libre demanda. (asegurar al menos cada 3 horas)  
En caso que la madre no pueda amamantar: .....  
\* NO DAR NINGUN OTRO ALIMENTO, AGUA O INFUSIONES, NI ENDULZAR LA LECHE.
- Baño diario con agua tibia, jabón neutro, en ambiente temperado/libre de corrientes de aire.
- Cordón Umbilical: Limpiarlo con alcohol medicinal (70°C), mantenerlo limpio y seco. NO CUBRIRLO
- Micciones (orina): en promedio realizan 6-8 veces al día. (6 ó + horas sin orinar puede indicar DESHIDRATACION.)
- Las características de las deposiciones (caquita) varían dependiendo del tipo de alimentación. SIN SANGRE.
- Medicamentos:  
- Hierro: .....  
- Multivitamínico: .....
- SIGNOS DE ALARMA: (Acudir a EMERGENCIA)  
- Dificultad respiratoria: respira rápido (>60 rpm), coloración morada de labios/cara, Sibilos o ronquido de pecho, hundimiento de piel entre las costillas.  
- Vómitos frecuentes (+ 3 vómitos en 1 hora) o no quiere lactar  
- No responde al estímulo, duerme más de lo habitual, o llanto inconsolable  
- Convulsiones (Se desconecta de su entorno, desvía la mirada, se pone rígido o flácido, presenta movimientos repetitivos de extremidades o todo el cuerpo)
- Seguimiento especializado: (Solicitar hoja de referencia de PS de Origen)  
..... (Fecha: ...../...../.....)  
..... (Fecha: ...../...../.....)
- Control ambulatorio a las 72 horas del alta, en Centro de Salud.

PACIENTE: ..... N° CUNA: ..... N° HCL: .....

## DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_

HCL:

SERVICIO:

FECHA:

ESTUDIO SOLICITADO:  
RESUMEN DE HISTORIA

Nº RX o ESTUDIO:

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

---

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

FIRMA Y SELLO  
MÉDICO SOLICITANTE

FIRMA Y SELLO  
MÉDICO RADIOLÓGO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_  
SERVICIO: \_\_\_\_\_ H.C.L. \_\_\_\_\_ N° SEGURO: \_\_\_\_\_



GOBIERNO REGIONAL  
CAJAMARCA

HOSP. AL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

HISTORIA CLÍNICA



MINSA

Modelo 1º 20

5

FICHA DE SOLICITUD PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO/CITOLOGICO

Nº DE REGISTRO

Paciente: .....

Sexo: ..... Edad: ..... Nº H. C. .... Fecha: .....

SERVICIO: ..... Fecha y hora de toma de muestra: .....

ÓRGANO O TEIDO DE DONDE PROCEDE LA MUESTRA: .....

CARÁCTER DEL ESPÉCIMEN: .....

BIOPSIA INCISIONAL: ..... BIOPSIA CON AGUA: .....

BIOPSIA EXCISIONAL: ..... PIEZA OPERATORIA: .....

BIOPSIA ENDOSCÓPICA: ..... LÍQUIDO: .....

PAP CUELLO UTERINO: ..... OTROS: .....

DIAGNOSTICO CLÍNICO: .....

EXÁMENES PREVIOS: (INDICAR Nº DE REGISTRO): .....

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA: .....

FIRMA Y SELLO DE SOLICITANTE

NOMBRE: .....

SERVICIO: ..... H.CI. .... Nº SEGURO: .....

34



N° 104 - MISA DO SP V.01  
NORMA TÉCNICA  
ANEXO N° 1 FORMATO DE SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLOGICA



Modelo N° 21

1. DISAD/RESA:

2. SERVICIO:

3.

Hist. Clínica: \_\_\_\_\_ Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

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

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

Sexo: \_\_\_\_\_

CAMARCA

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

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

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Referencia: \_\_\_\_\_

4. Tipo de Muestra: \_\_\_\_\_

Espujo: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Antes Tratado: Recaida: \_\_\_\_\_

Abandono Recup: \_\_\_\_\_

Fracaso

5. Antecedente de tratamiento: \_\_\_\_\_

Nunca Tratado

S.R. \_\_\_\_\_

Seg. Diagnóstico \_\_\_\_\_

Rx Anormal \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

6. Diagnóstico: \_\_\_\_\_

7. Control de tratamiento: \_\_\_\_\_

Mes \_\_\_\_\_

Eq. TB sensible \_\_\_\_\_

Eq. DR \_\_\_\_\_

Eq. DMR \_\_\_\_\_

Eq. XDR \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

8. Ex. solicitado: Baciloscopia: \_\_\_\_\_

1ra M \_\_\_\_\_

2da M \_\_\_\_\_

Otros (especificar N°) \_\_\_\_\_

Cultivo \_\_\_\_\_

Otro Examen(especificar) \_\_\_\_\_

Rápida \_\_\_\_\_

Convencional \_\_\_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_

9. Factores de riesgo TB resistente a medicamentos: \_\_\_\_\_

10. Fecha de obtención de la muestra: \_\_\_\_\_

11. Calidad de la muestra: \_\_\_\_\_

Adecuada

Inadecuada

12. Datos del solicitante: \_\_\_\_\_

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

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_

13. Observaciones: \_\_\_\_\_

14. RESULTADOS: \_\_\_\_\_

(PARA SER LLENADO POR EL LABORATORIO)


15. Apellidos y Nombres del Laboratorio: \_\_\_\_\_

Baciloscopia

Cultivo


16. Fecha de entrega: \_\_\_\_\_

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

  
GOBIERNO REGIONAL  
CAJAMARCA

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

HISTORIA CLINICA



Modelo N° 22

3

SOLICITUD DE SALA DE OPERACIONES

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

CAMA: \_\_\_\_\_

HCL: \_\_\_\_\_

N° SEGURO: \_\_\_\_\_

SERVICIO: \_\_\_\_\_

PARA EL DIA: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

TIEMPO QUE OCUPARÁ LA SALA DE OPERACIONES: \_\_\_\_\_

CIJUANOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO  
MÉDICO CIRUJANO

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO  
JEFE DE SERVICIO, DEPARTAMENTO



32



**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA**  
SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA

**TOMA DE MUESTRA:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

MINISTERIO DE SALUD

NOMBRE: _____	FECHA: ____/____/____
EDAD: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F CAMA: _____	HORA: _____
Dr: _____ S.I.S. <input type="checkbox"/> Part <input type="checkbox"/> SERVICIO: _____	

**SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO**

Pacientes del S.I.S. no tienen que realizar ningún pago

HEMATOLOGÍA	S/. Precio	INMUNOLOGÍA	S/. Precio		S/. Precio
1. <input type="checkbox"/> HEMOCRAMA COMPLETO	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> AGLUTINACIONES	<input type="checkbox"/>	15. <input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA / HEMATOCRITO	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/> PROTEÍNA C-REACTINA	<input type="checkbox"/>	16. <input type="checkbox"/> ESTRADIOL	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> GRUPO SANGÜÍNEO FACTOR RH	<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/> ANTISTREPTOLISINA O	<input type="checkbox"/>	17. <input type="checkbox"/> LH	<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> RECuento DE PLAQUETAS	<input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/> FACTOR REUMATOIDE	<input type="checkbox"/>	18. <input type="checkbox"/> FSH	<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/> RETICULOCITOS	<input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/> P. DE EMBARAZO	<input type="checkbox"/>	19. <input type="checkbox"/> PROLACTINA	<input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/> CONSTANTES CORPUSCULARES	<input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/> RPR	<input type="checkbox"/>	20. <input type="checkbox"/> O-HGH (CUANTITATIVO)	<input type="checkbox"/>
7. <input type="checkbox"/> LAMINA PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/>	7. <input type="checkbox"/> SÍFILIS (P. Rápida)	<input type="checkbox"/>	21. <input type="checkbox"/> INSULINA	<input type="checkbox"/>
8. <input type="checkbox"/> VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN (VSG)	<input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/> VIH (P. Rápida)	<input type="checkbox"/>	22. <input type="checkbox"/> IG E	<input type="checkbox"/>
9. <input type="checkbox"/> TIEMPO DE COAGULACIÓN Y SANGRÍA	<input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/> HEPATITIS B (P. Rápida)	<input type="checkbox"/>	23. <input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/>
10. <input type="checkbox"/> TIEMPO DE PROTROMBINAS INR	<input type="checkbox"/>	10. <input type="checkbox"/> HEPATITIS C (P. Rápida)	<input type="checkbox"/>	24. <input type="checkbox"/> ALFA FETO PROTEÍNA	<input type="checkbox"/>
11. <input type="checkbox"/> TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PA	<input type="checkbox"/>	11. <input type="checkbox"/> DIMERO D	<input type="checkbox"/>	25. <input type="checkbox"/> CA123	<input type="checkbox"/>
12. <input type="checkbox"/> FIBRINOGENO	<input type="checkbox"/>	12. <input type="checkbox"/> TROPONINA	<input type="checkbox"/>	26. <input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/>
13. <input type="checkbox"/> TEST DE COOMBS DIRECTO	<input type="checkbox"/>	13. <input type="checkbox"/> T3 TOTAL	<input type="checkbox"/>	27. <input type="checkbox"/> VIT B12	<input type="checkbox"/>
14. <input type="checkbox"/> TEST DE COOMBS INDIRECTO	<input type="checkbox"/>	14. <input type="checkbox"/> T4 LIBRE	<input type="checkbox"/>	28. <input type="checkbox"/> CA 19.9	<input type="checkbox"/>

BIOQUÍMICA	S/. Precio		S/. Precio	MICROBIOLOGÍA	S/. Precio
1. <input type="checkbox"/> GLUCOSA	<input type="checkbox"/>	16. <input type="checkbox"/> ACIDOURICO	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> ORINA, EXAMEN COMPLETO	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> UREA	<input type="checkbox"/>	17. <input type="checkbox"/> PROTEINURIA 24 HORAS	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/> PARASITOLÓGICO SERIADO (HECES)	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> CREATININA	<input type="checkbox"/>	18. <input type="checkbox"/> GLUCOSA POST PRANDIAL	<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/> REACCIÓN INFLAMATORIA	<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/>	19. <input type="checkbox"/> TOLERANCIA A LA GLUCOSA	<input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/> THEVENON (SANGRE OCULTA)	<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/> HDL • COLESTEROL	<input type="checkbox"/>	20. <input type="checkbox"/> PERFIL HEPÁTICO	<input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/> COPROLÓGICO FUNCIONAL	<input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/> LDL • COLESTEROL	<input type="checkbox"/>	21. <input type="checkbox"/> PERFIL LIPIDICO	<input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/> MALAN/LEISH/BAHT	<input type="checkbox"/>
7. <input type="checkbox"/> TRIGLICÉRIDOS	<input type="checkbox"/>	22. <input type="checkbox"/> HB GUCOSILADA	<input type="checkbox"/>	7. <input type="checkbox"/> EXAMEN DIRECTORICOSOS	<input type="checkbox"/>
8. <input type="checkbox"/> BILIRRUBINAS TOTAL Y FRACCIONADA	<input type="checkbox"/>	23. <input type="checkbox"/> GASES ARTERIALES	<input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/> CULTIVO DE HONGOS	<input type="checkbox"/>
9. <input type="checkbox"/> TRANSAMINASAS TGO • TGP	<input type="checkbox"/>	24. <input type="checkbox"/> CK - MQ	<input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/> EXAMEN DE LIQUIDO CORP	<input type="checkbox"/>
10. <input type="checkbox"/> MICROALBUMINURIA	<input type="checkbox"/>	25. <input type="checkbox"/> MAGNESIO	<input type="checkbox"/>	10. <input type="checkbox"/> HEMOCULTIVO	<input type="checkbox"/>
11. <input type="checkbox"/> LIPASA	<input type="checkbox"/>	26. <input type="checkbox"/> FOSFORO	<input type="checkbox"/>	11. <input type="checkbox"/> UROCULTIVO	<input type="checkbox"/>
12. <input type="checkbox"/> GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA	<input type="checkbox"/>	27. <input type="checkbox"/> POTASIO	<input type="checkbox"/>	12. <input type="checkbox"/> COPRO CULTIVO	<input type="checkbox"/>
13. <input type="checkbox"/> FOSFATASA ALCALINA	<input type="checkbox"/>	28. <input type="checkbox"/> CALCIO	<input type="checkbox"/>		
14. <input type="checkbox"/> PROT TOTALES Y FRACCIONADAS	<input type="checkbox"/>	29. <input type="checkbox"/> SODIO	<input type="checkbox"/>		
15. <input type="checkbox"/> AMILASA	<input type="checkbox"/>	30. <input type="checkbox"/> LACTATO DESHIDROGENASA	<input type="checkbox"/>		

OTRO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Modelo N° 1  
29



+

SIS:.....



### PAPELETA PARA TRÁMITE DE ALTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:.....

Edad:..... Cama:..... N° H.C.:..... Transferido:.....

DIAGNOSTICO:.....

Fecha de Ingreso:..... Alta:..... Días Permanencia:.....

Oxígeno Consumido: ..... Nebulizaciones:.....

Ttos Especiales (Transfusión sanguínea):.....

Cajamarca,.....de.....del 20

FIRMA DE LA ENFERMERA DE TURNO

MII



SIS:.....



### PAPELETA PARA TRÁMITE DE ALTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:.....

Edad:..... Cama:..... N° H.C.:..... Transferido:.....

DIAGNOSTICO:.....

Fecha de Ingreso:..... Alta:..... Días Permanencia:.....

Oxígeno Consumido: ..... Nebulizaciones:.....

Ttos Especiales (Transfusión sanguínea):.....

MII

Cajamarca,..... de.....del 20

FIRMA DE LA ENFERMERA DE TURNO



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA



HISTORIA CLÍNICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN

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

SERVICIO DONDE SE ENCUENTRA \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_

SERVICIO DE DESTINO \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos (Paciente): \_\_\_\_\_

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

Apoderado y/o Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

Teléf. de contacto: \_\_\_\_\_

Mediante la presente autorizó la Hospitalización de mi persona y/o del paciente al Departamento /Servicio de: \_\_\_\_\_

Por el Diagnóstico(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ; además de la puesta en práctica de aquellas medidas diagnósticas o terapéuticas que los profesionales de la salud consideren oportunas, como son: examen clínico correspondiente, toma de muestras para exámenes de laboratorio, colocación de vías endovenosas periféricas, sondas enterales, orina, aseo de pacientes, etc).

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y HUELLA  
PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y HUELLA  
APODERADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y HUELLA  
MÉDICO INFORMANTE

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_  
Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ H.C: \_\_\_\_\_ N° Seguro: \_\_\_\_\_

21

Modelo N° 6

19 43



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA



## HISTORIA CLÍNICA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Servicio: \_\_\_\_\_

Señor(a) \_\_\_\_\_ Buenos días (tardes o noches); usted viene a este Establecimiento de Salud para recibir atenciones sanitarias, las mismas que serán brindadas por un profesional médico y/o de las ciencias de la salud que a la vez es docente; este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos, quienes debieran aprender sobre la enfermedad que usted tiene; sólo observarán, tal vez podrán entrevistarlos (a) o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente; siempre y cuando usted autorice que ellos estén presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que le realice el profesional de la salud tratante.

Estas actividades docentes se realizarán respetando sus derechos establecidos en la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°027-2015-SA; sobre el cual aclaremos toda duda o inquietud que usted pueda tener al respecto. Tenga la plena seguridad que al amparo de la Ley N°29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N°003-2013-JUS; resguardaremos en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las Leyes y Reglamentos en mención.

Considerando que el Reglamento de la Ley N°29414, señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada, le solicitamos su CONSENTIMIENTO si así usted lo considera, para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención. Su autorización contribuye a que, en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas.

Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su médico tratante para REVOCAR o DESAUTORIZAR en cualquier momento el consentimiento que usted brindó anteriormente. Cualquier afuera su decisión, ésta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

### EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ..... de ..... del 201..... Hora: .....

Yo..... con DNI. N° ..... e Historia Clínica N° ..... declaro haber sido informado (a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo 013-2006-SA; Si ( ) No ( ) doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado(a).

Si consiento que sea grabado:	Video ( )	Audio ( )	Toma fotográfica ( )
NO consiento que sea grabado:	Video ( )	Audio ( )	Toma fotográfica ( )

Firma o huella digital del paciente o representante legal.

DNI: .....

Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento

D. N. I. ....

### REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Fecha: ..... de ..... del 20

Firma o huella digital del paciente o representante legal.

DNI: .....

Firma y sello del profesional de la salud que recibe la revocatoria

D. N. I. ....

Nota: Cualquier profesional de la salud

Apellidos y Nombres: .....	Edad: .....	Cama: .....
Fecha de Ingreso: .....	Hora: .....	H.C.: .....
N° Seguro: .....		

24

Modelo N° 7  
18 47



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA  
HISTORIA CLÍNICA



EPICRISIS

FECHA Y HORA: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_ N° de Cama: \_\_\_\_\_ N° de seguro: \_\_\_\_\_

DATOS DE FILIACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de Ingreso al Hospital: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de Ingreso al Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha y hora del alta: \_\_\_\_\_

Días de hospitalización: \_\_\_\_\_

RESUMEN DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EXAMEN FÍSICO DE INGRESO: PA: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ T°: \_\_\_\_\_ SatO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Valoración del dolor(escala): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RESULTADOS DE EXAMENES AUXILIARES CONTRIBUTIVOS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO RECIBIDO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EVOLUCIÓN: FAVORABLE ☐ SIN CAMBIO ☐ DESFAVORABLE ☐

FALLECIDO ☐ TRANSFERENCIA A: \_\_\_\_\_

TIPO DE ALTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE INGRESO (CIE 10)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE ALTA (CIE 10)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO AL ALTA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_  
SERVICIO: \_\_\_\_\_ H.CL. \_\_\_\_\_ N° SEGURO: \_\_\_\_\_

27

Modelo N° 8

17 46



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA



HISTORIA CLÍNICA

EVOLUCIÓN

Lined area for clinical history evolution.

Apellidos y Nombres: ..... Edad: ..... Cama: .....  
Fecha de Ingreso: ..... Hora: ..... H.CL. .... Nº Seguro: .....

12

Modelo N° 9  
16 45



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

HISTORIA CLÍNICA



REPORTE OPERATORIO

NOMBRE: ..... SERVICIO: .....  
EDAD: ..... H. CLÍNICA: ..... FECHA: .....  
CAMA N°: .....

INFORME DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

INDICACIONES PREOPERATORIAS: .....

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: .....

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO: .....

TIPO DE ANESTESIA: .....

DURACIÓN: .....

CIRUJANOS: .....

ANESTESIÓLOGO: .....

TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA REALIZADA: .....

REPORTE OPERATORIO:

HALLAZGOS: .....

PROCEDIMIENTOS: .....

OBSERVACIONES: .....

FIRMA Y SELLO CIRUJANO 1

FIRMA Y SELLO CIRUJANO 2

Apellidos y Nombres: ..... Edad: ..... Cama: .....  
Fecha de Ingreso: ..... Hora: ..... H.CL. .... N° Seguro: .....

31



## EXÁMENES AUXILIARES

This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, leaving small margins at the top and bottom. There is no handwriting or other markings on the paper.

16



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

HISTORIA CLÍNICA



GRÁFICA DE SIGNOS Y FUNCIONES VITALES

SERVICIO: \_\_\_\_\_

FECHA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PA																																							
250																																							
200																																							
150																																							
100																																							
50																																							
0																																							

FR	FC	D																																					
110																																							
50	100																																						
40	90																																						
30	80																																						
20	70	10																																					
10	60																																						
50	0																																						

SO <sub>2</sub>																																							
PESO																																							
TALLA																																							
DIURESIS																																							
DEPOSICIÓN																																							
EMESIS																																							
DRENAJE																																							
BALANCE H																																							

Apellidos y Nombres: ..... Edad: ..... Cama: .....  
Fecha de Ingreso: ..... Hora: ..... H.C: ..... N° Seguro: .....

02



FECHA:..... PESO: ..... S.C.:.....



**INGRESOS**

TURNO	ORAL	PARENTERAL	AGUA DE OXIDACION	MEDICAMENTOS		TOTAL
7.01 – 13.00						
13.01 – 19.00						
19.01 – 7.00						
TOTAL						

**EGRESOS**

TURNO	DIURESIS	DEPOSICION	PERDIDAS INSENSIBLES	DRENAJES		TOTAL
7.01 – 13.00						
13.01 – 19.00						
19.01 – 7.00						
TOTAL						

.....  
FIRMA Y SELLO DE LICENCIADA

FECHA:..... PESO: ..... S.C.:.....

**INGRESOS**

TURNO	ORAL	PARENTERAL	AGUA DE OXIDACION	MEDICAMENTOS		TOTAL
7.01 – 13.00						
13.01 – 19.00						
19.01 – 7.00						
TOTAL						

**EGRESOS**

TURNO	DIURESIS	DEPOSICION	PERDIDAS INSENSIBLES	DRENAJES		TOTAL
7.01 – 13.00						
13.01 – 19.00						
19.01 – 7.00						
TOTAL						

.....  
FIRMA Y SELLO DE LICENCIADA

APELLIDOS Y NOMBRES:..... EDAD:..... SEXO:.....

N° CAMA:..... N° H.CL:..... SIS:.....

**BALANCE HIDROSALINO**





APELLIDOS Y NOMBRES:..... EDAD..... SEXO:.....  
Nº CAMA:..... Nº H.CL:..... SIS:.....

## 54

## Camas Ocupadas:



## NOTAS DE ENFERMERÍA

**SERVICIO:**[illegible]

Apellidos y Nombres: ..... Edad: ..... Cama: .....  
Fecha de Ingreso: ..... Hora: ..... H.CL. .... N° Seguro: .....

18



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA



HISTORIA CLÍNICA

RETIRO VOLUNTARIO

Servicio: \_\_\_\_\_ N° de H.CL: \_\_\_\_\_ Fecha y Hora: \_\_\_\_\_  
NombreyApellidos(Paciente): \_\_\_\_\_ N° cama: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléf. Contacto: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ o representante legal \_\_\_\_\_, Quien en ejercicio conjunto de la patria potestad y/o en su función de tutor y/o encargado del paciente de tallado declaramos:

1. He/mos decidido en contra del consejo de mi médico, Dr(a): \_\_\_\_\_ y su equipo abandonar las instalaciones del Hospital Regional Docente de Cajamarca.
2. He/mos sido advertido de los riesgos inherentes de retirarme en esta ocasión y en estas circunstancias habiéndome respondido todas las preguntas que he/hemos realizado.
3. En consecuencia, de lo expresado eximo plenamente al/la Dr/Dra: \_\_\_\_\_ y al "Hospital" de responsabilidad por cualquier daño causado a mi persona como consecuencia del abandono del Hospital Regional Docente de Cajamarca.
4. Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_
5. Confirmando que he leído y comprendido perfectamente los puntos anteriores, y que todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma.

Se confecciona en el presente en doble ejemplar, que el paciente o su representante firma en conformidad, quedando una copia en su poder

\_\_\_\_\_  
Firma y huella  
Paciente: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y huella  
(Persona legalmente responsable): \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_

6. Por el presente certifico que he explicado los peligros que acompañan la salida del hospital en este momento, me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente las preguntas hechas. El paciente y/o familiar: \_\_\_\_\_ da muestras de comprender completamente lo que le he explicado y contestado.

\_\_\_\_\_  
Sello y firma  
Médico Informante

**Nota 1:** en casos de menores de 21 años, siempre debe ser representado por sus padres o tutor, la aclaración de firma, DNI, grado de parentesco y domicilio debe ser llenada de puño y letra por quien firma.

**Nota 2:** en caso de negarse a suscribir el presente, el médico que intervino en la atención del paciente, deberá INMEDIATAMENTE denunciar esta circunstancia y/o hecho al policía de turno y/o fiscal de turno según corresponda.

Modelo N° 23  
2  
31



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA



HISTORIA CLÍNICA

TERAPEUTICA

Lined area for clinical history and therapeutic notes.

Apellidos y Nombres: ..... Edad: ..... Cama: .....  
Fecha de Ingreso: ..... Hora: ..... H.CL. .... N° Seguro: .....

13

## TERAPEUTICA

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA

**INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**1. MEDICIONES**

Frecuencia Auricular (1 min) \_\_\_\_\_

Frecuencia Ventricular (1 min) \_\_\_\_\_

ONDA P \_\_\_\_\_

EJE P (grados) \_\_\_\_\_

INTERVALO PR (seg) \_\_\_\_\_

ONDA QRS \_\_\_\_\_

EJE QRS (grados) \_\_\_\_\_

INTERVALO QT (seg) \_\_\_\_\_

INTERVALO Qte (seg) \_\_\_\_\_

EJE T (grados) \_\_\_\_\_

**2. DESCRIPCIÓN**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. CONCLUSIÓN**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. SUGERENCIAS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA MÉDICO

HOSPITAL REGIONAL  
CAJAMARCA

Modelo N° 18  
7-36

## RIESGO QUIRÚRGICO CARDIOVASCULAR

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

CAMA: \_\_\_\_\_ MÉDICO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

Factores de Riesgo Coronario: \_\_\_\_\_

Patología C-V: \_\_\_\_\_

### OTROS ANTECEDENTES:

Cirugías previas: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### EXAMEN CLÍNICO:

P/A: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_ Hto: \_\_\_\_\_ Glucosa: \_\_\_\_\_ Creatinina: \_\_\_\_\_

General: \_\_\_\_\_

Cuello: IT ( ) \_\_\_\_\_

Aparato C-V: \_\_\_\_\_

Aparato Respiratorio: \_\_\_\_\_

Abdomen: \_\_\_\_\_

Extremidades: \_\_\_\_\_

Neurológico: \_\_\_\_\_

TIPO DE CIRUGÍA: \_\_\_\_\_

ELECTROCARDIOGRAMA \_\_\_\_\_

### EXÁMENES DE LABORATORIO:

## RIESGO QUIRÚRGICO GRADO:

### SUGERENCIAS EN EL PERIODO PERIOPERATORIO:

Índice de Riesgo Cardiovascular  
ESCALA DE GOLDMAN

Variable	Variable	Puntos
Historia		
Edad > 70 años		
Infarto del miocardio < 5 meses		
Exploración física		
Galope ventricular o ingurgitación yugular		
Estenosis aortica		
ECG		
Ritmo sinusal o sinusal con CAPs		
5 contracciones ventriculares prematuras		
Estado General		
Po2 < 60 mmHg. PCO2 > 50 mmHg. K+ < 3 mmol/L. BUN > 50 mmol/L, Cr. > 2.9 mg/dl, postrado		
Intervención		
Cirugía de emergencia		
Intraperitoneal, intratoracica o aortica		
TOTAL		
Clase I 0 a 5 puntos (complicaciones 1%); Clases II 6 a 12 puntos (complicaciones 7%); Clase III 13 a 25 puntos (complicaciones 14%); Clase IV > 26 puntos (complicaciones 78%)		

Modelo N° 4  
21 50



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA



HISTORIA CLÍNICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS E INTERVENCIONES  
QUIRÚRGICAS

SERVICIO: \_\_\_\_\_ N° DE CAMA: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

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

Yo, en mi calidad de paciente, (O en calidad de Representante Legal identificado con NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_), en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente, declaro haber recibido información de él/los Médicos que me tratan (o tratan a mi representado):

Miembros del servicio donde vengo siendo atendido, quienes mostrando respeto, paciencia y dedicación para con mi caso y mi persona me ha(n) informado ampliamente acerca del diagnóstico o sospecha de mi enfermedad:

de los estudios que son y de los que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo:

y de el/los tratamientos (s) y/o intervención quirúrgica que se requiere:

A su vez me han informado de las molestias o consecuencias que puedan derivarse de dicho acto médico:

Así mismo se me ha informado de los riesgos y/o complicaciones que puedan derivarse de la no aceptación de la realización de dichos procedimientos diagnósticos, de tratamiento de y/o intervenciones quirúrgicas, que pueden ser:

En caso de intervenciones quirúrgicas, declaro haber recibido la visita del médico(s) anestesiólogo(s), quien(s) me ha(n) explicado los beneficios y riesgos del tipo de anestesia a utilizar.

En caso de otorgar mi consentimiento, admito mi consentimiento para los cambios del procedimiento quirúrgico y anestésico que los médicos consideren indispensables en mi beneficio, los cuales también han sido explicados.

Por lo tanto, luego de haber sido informado, sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni manipulación por parte de él/ellos, ni por ningún otro personal de salud, manifiesto lo siguiente:

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_  
Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ H.C: \_\_\_\_\_ N° Seguro: \_\_\_\_\_

22



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA



HISTORIA CLÍNICA

Que me declaro.....SATISFECHO ..... INSATISFECHO....., con la información recibida y que COMPREENDO.....  
NO COMPREENDO.....la información recibida.

Por consiguiente, ante los siguientes actos médicos:

- |  |                                 |                                    |
|--|---------------------------------|------------------------------------|
| 1. Los procedimientos de diagnóstico:          | ACEPTO <input type="checkbox"/> | NO ACEPTO <input type="checkbox"/> |
| 2. Los procedimientos Terapéuticos:            | ACEPTO <input type="checkbox"/> | NO ACEPTO <input type="checkbox"/> |
| 3. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: | ACEPTO <input type="checkbox"/> | NO ACEPTO <input type="checkbox"/> |
| 4. Las intervenciones quirúrgicas:             | ACEPTO <input type="checkbox"/> | NO ACEPTO <input type="checkbox"/> |

FIRMA DE PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y apellidos:.....

DNI:.....

Huella Digital

FIRMA DEL MÉDICO INFORMANTE

Nombre y apellidos:.....

CMP:.....

Huella Digital:

FIRMA DEL TESTIGO

Nombre y apellidos:.....

CMP:.....

Huella Digital:

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO

YO, .....; como paciente y/o  
don doña.....como representante legal), revoco el  
consentimiento informado, prestado en fecha..... y declaro por tanto que, por motivos  
personales, no consiento en someterme (o en que el paciente se someta) al procedimiento diagnóstico, terapéutico o  
quirúrgico propuesto.

FIRMA DE PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y apellidos:.....

DNI:.....

Huella Digital

FIRMA DEL MÉDICO INFORMANTE

Nombre y apellidos:.....

CMP:.....

Huella Digital:

FIRMA DEL TESTIGO

Nombre y apellidos:.....

CMP:.....

Huella Digital:

Apellidos y Nombres:.....	Edad:.....	Cama:.....
Fecha de Ingreso: .....	Hora:.....	H.C: .....
N° Seguro:.....		

**GOB. REGIONAL CAJAMARCA**  
GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA  
"DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA"  
**SOLICITA CAMBIO DE TURNO**

Modelo N° 3  
CAS ☐ 22-51  
NOMBRADO ☐



SEÑORA ENFERMERA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA H.R.C.

Yo.....laborando en el H.R.C., en el Servicio de

....., solicito se me permita realizar cambio de turno, el día .....en el Servicio

De....., turno.....con mi compañera(o) .....

comprometiéndome a devolver el día.....turno de.....

.....  
Solicitante  
.....  
Solicitada (o)

.....  
Enfermera Jefe del Servicio  
.....  
Jefe del Dpto. de Enfermería

Modelo U° 01

53

24



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA



## HISTORIA CLÍNICA

### INTERCONSULTA

#### SOLICITUD

Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Servicio que interconsulta: \_\_\_\_\_ Servicio interconsultado: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ N° Historia: \_\_\_\_\_

Enfermedad actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Examen clínico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnostico presuntivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Motivo de la interconsulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del profesional solicitante

### INFORME DE INTERCONSULTA

Descripción de los hallazgos: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de la respuesta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exámenes y/o procedimientos realizados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamiento y recomendaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del profesional

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

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ H.C: \_\_\_\_\_ N° Seguro: \_\_\_\_\_

17



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA



HISTORIA CLÍNICA

INFORME DE ALTA

Servicio: \_\_\_\_\_ N° de cama: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_

N° de H.C.L.: \_\_\_\_\_ N° de Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Teléf. de contacto: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso al Hospital: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al Servicio: \_\_\_\_\_

Días de hospitalizado: \_\_\_\_\_ Fecha y Hora del alta: \_\_\_\_\_

Diagnóstico(s) de Alta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exámenes Auxiliares (Que apoyen al diagnóstico): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Procedimientos Diagnósticos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Intervención Quirúrgica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamiento Recibido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamiento al Alta:

Medicamentos (presentación)	Dosis(mg/tab)	Horario	Duración

CITA(S):

Especialidad \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Sello y Firma  
Médico Tratante

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_  
Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ H.C.: \_\_\_\_\_ N° Seguro: \_\_\_\_\_

26



5  
43



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA  
CENTRO QUIRURGICO  
UNIDAD CUIDADOS POST - ANESTESIA



HOJA DE EVALUACIÓN

Fecha..... Hora:..... N° de Cama:.....

Nombre y Apellidos:.....

Edad:..... Sexo:..... Peso:..... SIS:.....

Ingresa por: EMERGENCIA..... HOSPITALIZACIÓN..... CONSECUTIVAS.....

DX PREOPERATORIO.....

~~TX~~ INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.....

DX POST OPERATORIA.....

RECEPCIÓN

Signos Vitales FC:..... FR:..... P/A..... So2..... T° C:.....

Escala: Dolor:..... Bromaje..... Aldrete..... Otros.....

1.....

2.....

3.....

Firma y Sello



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DEPARTAMENTO DE CENTRO QUIRURGICO  
REGISTRO DE ANESTESIA



MINSA - CAJAMARCA  
SOP

FECHA		HC	SERV	CAMA	EQUIPO QUIRURGICO	
NOMBRE		Edad	M	F	ANESTESIOLOGO	
OX PRE - OPERATORIO					CIRUJANOS	C1
OPERACIÓN PROGRAMADA					C2	C3
<input type="radio"/> Elec <input type="radio"/> Prog <input type="radio"/> Urg <input type="radio"/> Emerg					Instr	Circul
Dia Hora Medic					Peso	Talla
N P O (hrs)					ASA	GS y Rh
Estel Procord Estel Esol EKG PANI SpO <sub>2</sub> ETCO <sub>2</sub> Urin T°					Gluc	Urea
Cuello corto Si No Aertura bucal					AGA	Crete
VALORES AL INGRESO					Gildman	Alerg
<b>MONITOREO</b>					AGA PVC L Art PAC EEG MNM IBE	
AGENTES (mg)					TS TC	INR TP
TIOPENT / PROPOF / KETAM					<b>ANESTESIA</b>	
DIAZEPAN / MIDAZOLAM					<b>GENERAL</b>	
SUCCI / ROCU / VECU / ATRA					BALANCEADA INH TIVA IM EV	
FENTANIL / FENT / REMIF					IOT INT MASC FACIAL MASC LAR	
ATROPINA					TET Simple Anilado Doble luz	
NEOSTIGMINA					Topicaliza Despierto	
DEXAMETA / HIDROCORTIS					Guia Cult N° intentos	
ETILEFRINA / EFEDRINA					<b>COF</b>	
TAMIZOL / KETOROLACO					<b>REGIONAL</b>	
TRAMADOL / MORFINA					BLOQ BRAQUIAL AX IC SCIE	
OXITOCINA / ERGOMETRINA					RAQUIDEA Torac Lumb S Block	
METOCLORO / DIMENHIDR					EPIDURAL Torac Lumb Cudal Cateier	
RANITIDINA					Posición S L Sitio:	
OMEPRAZOL					Aguja: Nro	
ONDANSETRON					Agente (ml)	
ISOFL / SEVO (%)					1 mg	
O <sub>2</sub> (L / min) (FIO <sub>2</sub> )					2 mg	
NO <sub>2</sub> (L / min) (FINO <sub>2</sub> )					3 mg	
SaO <sub>2</sub> (%)					Nivel: Otros:	
ETCO <sub>2</sub> (mmHg)					<b>POSICION</b>	
T°					Dec Dorsal Dec Ventral Litotomia	
DIURESIS					Latido Derecho Latido Izquierdo Trendelen	
SANGRADO					Fowler Sentado Otra:	
Lact Ringer NaCl 0.9%					<b>Ingresos</b>	
Manitol 20% Dextrosa 5%					<b>Egresos</b>	
SPE Poligelina					NaCl cc Ayuno cc	
SANGRE TOTAL					Dextrosa cc Insensib cc	
PAQUETE GLOBULAR					Poligelina cc Sangrado cc	
PLASMA FRESCO					cc Diuresis* cc	
CONC PLAQUETAS					cc SHG cc	
CRIOPRECIPITADO					cc cc	
<b>LEYENDA</b>					<b>COMPLICACIONES ANESTESICAS?</b>	
PRES ART SIST V					OBSERVACIONES	
PREST ART DIAST A					ANESTESIOLOGO (CMP)	
FREC CARDIACA O					Condición de paso a la URPA	
INICIO Y TERMINO ANESTES X					Intubado Si No Ventil Si No COF Si No	
INICIO Y TERMINO CIRUGIA @					SpO <sub>2</sub> FIO <sub>2</sub> Despierto Si No	
INICIO ANESTESIA					Recibido por:	
INICIO DE CIRUGIA					ANESTESIOLOGO (CMP)	
TERMINO DE CIRUGIA					Condición de paso a la URPA	
TERMINO DE ANESTESIA					Intubado Si No Ventil Si No COF Si No	
ESPONTANEA					SpO <sub>2</sub> FIO <sub>2</sub> Despierto Si No	
ASISTIDA					Recibido por:	
CONTROLADA					ANESTESIOLOGO (CMP)	
VENTILADOR					Condición de paso a la URPA	
Dx Post Ox					Intubado Si No Ventil Si No COF Si No	
CIRUGIA REALIZADA					SpO <sub>2</sub> FIO <sub>2</sub> Despierto Si No	



DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO  
INFORME QUIRURGICO - ENFERMERIA



3  
71

DATOS DE FILIACIÓN:

APELLIDOS Y NOMBRES:		Nº CAMA		Nº SIS		SEXO	M	F	EDAD	ASA
S. ORIGEN						H.C.			PROVINCIA	

I. PERIODO PRE OPERATORIO INMEDIATO

1. CONDICIÓN DE INGRESO

DESPIERTO	
DORMIDO	
SOMNOLIENTO	
RESP. ASISTIDA	
T.E.T	

2. CATETERISMOS

VÍA PERIFÉRICA	
C. VENOSO CENTRAL	
SNG	
S. VESICAL	
D. TORÁCICO	

3. REQUISITOS IMPORTANTES

RIESGO QUIRURGICO	
CONCENTIMIENTO INF	
DEPOSITO DE SANGRE	
EQUIPOS	
INSUMOS	
VENDAJE M. INFER	

TIEMPO DE AYUNO	
BAÑO PREVIO	
PRE. ZONA OPERATORIA	
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	
PROTESIS	
CUNA RADIANTE	

4. DIAGNÓSTICO PRE OPERATORIO:

5. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROPUESTA

II. PERIODO INTRA OPERATORIO

1. TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

ELECTIVA	
EMERGENCIA	
REINTERV. TEMPRANA	
REINTERV. TARDIA	

2. TIPO DE ANESTESIA

LIMPIA	
CONTAMINADA	
INFECTADA	

GENERAL	
INHALAT. IOT	
INHALAT. MASC	
E. VENOSA IOT	
E. VENOSA	

REGIONAL

EPIDURAL	
RAQUIDEA	
TRONCULAR	

3. ASEPSIA

SEDACIÓN	
LOCAL	
ISODINF	
CLORHEXIDINA	

5. CATETERISMO

VIA PERIFERICA	
C.V. CENTRAL	

S. VESICAL	
S.N.G	

6. USO DE TORNQUETE

KERTH	
TORACICO	

7. TRANSFUSION

MSD	
MID	
MSI	
MIH	

ELECTROCAUTERIO

MOPOLAR	
BOPOLAR	

8. DIAGNÓSTICO INTRA OPERATORIO:

9. CONSUMO DE INSUMOS Y UTILIZACIÓN DE EQUIPOS

INSTRUMENTAL Y EQUIPOS	Nº PZAS	M. FUNGIBLE	1º CONTEO	2º CONTEO	3º CONTEO	CONTEO FINAL
G. ESTAMPILLA						
G. MEDIANA						
APOSITOS						
COMPRESAS						
G. UROLOGICA						
MECHA GINEC.						

10. EQUIPO:

ANESTESIOLOGO

CIRUJANO I

1º AYUDANTE

INSTRUMENTISTA I

11. ATENCIÓN A RECIÉN NACIDO

ITEM	RN 1	RN 2
HORA		
SEXO		
APGAR		
PESO		

PEDIATRA

LIC. ENF.

OTROS

RESIDENTE ANEST.

CIRUJANO II

2º AYUDANTE

INSTRUMENTISTA II

12. MUESTRAS OPERATORIAS

BIOPSIA SIMPLE

CULTIVO

B. PCR CONGELACION

PREPARADA EN

ENTREGADO A:

DNI

III. PERIODO POSTOPERATORIO INMEDIATO

1. ESTADO POST QUIRURGICO

DESPIERTO	
DORMIDO	
SOMNOLIENTO	

RESP. EXPONT	
RESP. ASISTIDA	
TIT	

2. DESTINO

UCPA	
UCI	
UCIN	

HOSPITALIZACIÓN	
MORTUORIO	
SUCASA	

3. TIEMPOS

QUIROFANO

ANESTESIA

CIRUGIA

H. INICIO

H. TERMINADO

OBSERVACIONES

IV. UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTESICA

ITEM	FECHA	FECHA	HORA	GRADO DE DEPENDENCIA	ESTADO POST A.	VENTILADOR	DOLOR	COMPLICACIONES	TIEMPO ESTANCIA
INGRESO		M	T	N		SI	NO		
ALTA									

TRANSFUSIONES


HORA DE COORDINACIÓN


UCI


UCIN

UC INFO

HOSPITALIZACIÓN


SU CASA

MORTUORIO

OBSERVACIONES

LIC. ENF. INSTRUMENTISTA

LIC. ENF. CIRCULANTE

LIC. UCPA

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA**

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ SIS: \_\_\_\_\_

N° DE HISTORIA CLÍNICA \_\_\_\_\_

C. ELECTIVA ☐

C. EMERGENCIA ☐

SOP N° \_\_\_\_\_

Antes de la Administración de la anestesia

Antes de la incisión quirúrgica

Antes de que el (la) paciente salga del Quirófano

ENTRADA	PAUSA QUIRÚRGICA	SALIDA
Con el enfermero(a) y anestesiólogo(a) como mínimo	Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano	Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano
Se ha confirmado con el (la) paciente:	Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función.	El (la) enfermero(a) confirma verbalmente:
- Su identidad, SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento realizado.
- Sitio quirúrgico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gases y agujas.
- Cirugía SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)
- Consentimiento informado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MUESTRA: Hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se ha marcado el sitio quirúrgico?	Confirmar la identidad del/de la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico.	El (la) cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan:
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?
Se ha comprobado la disponibilidad y funcionalidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica	Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica	OBSERVACIONES:
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente?	Se ha administrado profilaxis con antibiótico en los últimos 60 minutos?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Y funciona? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS	
Tiene el (la) paciente:	Cirujano revisa:	
• Alergias conocidas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados?	
• Vía aérea difícil / riesgo de aspiración? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuánto durará la operación?	
En este caso, hay instrumental y equipos/ ayuda disponibles	¿Cuanto es la pérdida de sangre prevista?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Anestesiólogo verifica	
• Riesgo de hemorragia > 500 ml (7ml/Kg en niños)	Presenta el paciente algún problema específico?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
• Se ha confirmado la esterilidad de la ropa, instrumental y equipos (con resultados de indicadores)?	Equipo de enfermería verifica	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se ha confirmado la esterilidad de la ropa, instrumental y equipos (con resultados de indicadores)?	
En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (CVC)?	Hay dudas o problemas relacionados con ellos?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?	
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Firma y sello del Cirujano (a)

Firma y sello del(a) Anestesiólogo(a)

Firma y sello Enfermera (o) Instrumentista

Firma y sello Enfermera (o) Circulante

181 70



876

**SECCIÓN II: REEVALUACIÓN**

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

Peso  Talla  FC  P/A  FR  T°  spO2  fiO2

No ☐ Si ☐

Cardiología ☐ Neumología ☐ Endocrinología ☐  
Nefrología ☐ Med Interna ☐ Otros

---

**TIPIFICACIÓN DE RIESGOS**

● **GOLDMAN** (Cardiólogo o Internista) I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐  
● **NEUMOLÓGICO** (Neumólogo) I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐  
● **A S A** (Anestesiólogo) I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ E ☐

**RIESGO ANESTESIOLÓGICO:** \_\_\_\_\_

**APTO PARA CIRUGÍA :** ☐ SÍ ☐ NO ☐

**INDICACIONES :** \_\_\_\_\_

---

**RESIDENTE ANESTESIOLOGÍA**  
Firma y Sello

**MÉDICO ANESTESIÓLOGO**  
Firma y Sello

---

FECHA: \_\_\_\_\_ **2da CONSULTA ANESTESIOLÓGICA** ☐ **VISITA DE LA VÍSPERA** ☐

Peso  Talla  FC  P/A  FR  T°  spO2  fiO2

**INTERCONSULTAS :** ☐ No ☐ Si ☐

Cardiología ☐ Neumología ☐ Endocrinología ☐  
Nefrología ☐ Med Interna ☐ Otros

**EXAMEN CLÍNICO :** \_\_\_\_\_

---

**TIPIFICACIÓN DE RIESGOS**

● **GOLDMAN** (Cardiólogo o Internista) I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐  
● **NEUMOLÓGICO** (Neumólogo) I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐  
● **A S A** (Anestesiólogo) I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ E ☐

**RIESGO ANESTESIOLÓGICO:** \_\_\_\_\_

**APTO PARA CIRUGÍA :** ☐ SÍ ☐ NO ☐

**INDICACIONES :** \_\_\_\_\_

---

**RESIDENTE ANESTESIOLOGÍA**  
Firma y Sello

**MÉDICO ANESTESIÓLOGO**  
Firma y Sello

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

#### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres y apellidos del paciente		Edad	N° H Clínica
Diagnóstico propuesto			
Intervención quirúrgica			
Anestesia propuesta			

#### II. PROCEDIMIENTO

La anestesia es el procedimiento médico que permite realizar una intervención quirúrgica sin dolor. Se realiza poniendo al paciente en un estado de inconsciencia reversible (anestesia general) ó haciendo insensible la parte del cuerpo que se va a operar (anestesia local o regional), mediante diferentes técnicas. En ocasiones, puede utilizarse ambos tipos de anestesia al mismo tiempo de manera prevista.

El médico anestesiólogo es el encargado de indicar el tipo de anestesia adecuada para cada caso, dependiendo de la intervención quirúrgica y del estado del paciente. Además, cuida del estado general y trata las complicaciones que pudieran surgir durante la operación.

Todo acto anestésico conlleva siempre a un riesgo que, por su reducida frecuencia en términos globales, resulta asumible y justifica su uso generalizado, ya que sin él no podría realizarse el acto quirúrgico. Las lesiones agudas, secuelas crónicas, complicaciones anestésicas graves o, incluso la muerte, todas ellas están en relación con el estado de salud previo, la edad, el tipo, complejidad y duración de la intervención quirúrgica.

#### RIESGOS GENERALES DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

- La mortalidad por causa anestésica es excepcional (1 de cada 10.000 pacientes) aumentando en los niños menores de 12 años (5 de cada 10.000 pacientes) y cirugía urgente (8 de cada 10.000).
- Los pacientes con antecedentes de infarto de miocardio tienen un 15-30% de riesgo de re-infarto si se operan en los tres meses posteriores y de un 10-15% entre los 3 y 6 meses siguientes.
- Los pacientes con enfermedades cardíacas, hepáticas o renales, hipertensión arterial, diabetes, asma, obesidad o ancianidad y otras, tienen un riesgo mayor, que debe valorarse individualmente.
- La administración de sueros, hemoderivados y diversos medicamentos indispensables pueden producir, excepcionalmente, reacciones alérgicas de diversa severidad. Estas, a su vez, raramente son fatales. Los expertos actualmente desaconsejan la realización de pruebas de rutina para alergia a anestésicos a personas que no tienen una historia ya establecida de alergia a alguno de ellos, por ser técnicamente complicado y por no descartar finalmente la posibilidad de reacción adversa aún después de haber resultado negativas.

#### III. ANESTESIA GENERAL

Después de canalizarse una vena, se administra diferentes medicamentos (por vía intravenosa o inhalatoria) necesarios para anestesiarse, según la situación y tipo de cirugía. Estará inconsciente y paralizado durante el acto quirúrgico.

Durante esta anestesia, usualmente es necesario colocarle un tubo que, a través de la boca o de la nariz, llega hasta la tráquea. Este tubo sirve para apoyar y mantener la respiración. Simultáneamente se colocarán dispositivos para controlar latido cardíaco, presión arterial, contenido de oxígeno en su sangre y los demás que se considere necesario según el tipo de intervención.

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO

6

74

todo el proceso de principio a fin, valorará mi situación, tomará las medidas de vigilancia y seguridad necesarias y proporcionará tratamiento que considere necesario.

**DECLARO** haber leído y recibido información clara y sencilla sobre la anestesia que se me va a realizar, de los riesgos, beneficios y complicaciones que pudieran suceder en mi caso concreto. Así mismo he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En estos términos, para la intervención quirúrgica propuesta, doy libremente mi consentimiento para que se me realice..... y las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista, así como la modificación de la técnica anestésica, que a juicio del anestesiólogo, sea necesaria para preservar mi vida e integridad personal, liberándose de cualquier responsabilidad civil y penal. Por ello. En fe délo cual firmo.

.....  
Firma del paciente o huella digital

.....  
Firma de tutor/representante/fiscal

Nombre:.....

Nombre:.....

DNI:.....

DNI:.....

Fecha:..... Hora:.....

Fecha:..... Hora:.....

.....  
Anestesiólogo (Sello y firma)

#### **REVOCATORIA**

Por la presente expreso mi deseo de invalidar lo anteriormente aceptando, soy consciente de los riesgos que pueda acarrear en mi salud el no aceptar la realización del procedimiento indicado por los médicos encargados de mi tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencia que puedan derivarse de mi decisión.

.....  
Firma de paciente o huella digital

.....  
Firma de tutor/representante/fiscal

Nombre:.....

Nombre:.....

DNI:.....

DNI:.....

Fecha:..... Hora:.....

Fecha:..... Hora:.....



**HOJA DE MONITOREO HEMODINAMICO - EMERGENCIA**

1000

[illegible]

I = Ninguna

2 = Incomprehensible

**I= Absente**

**NOTES**

E4 = TET

FA= Fibrilación auricular



HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA

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  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100  
101  
102  
103  
104  
105  
106  
107  
108  
109  
110  
111  
112  
113  
114  
115  
116  
117  
118  
119  
120  
121  
122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129  
130  
131  
132  
133  
134  
135  
136  
137  
138  
139  
140  
141  
142  
143  
144  
145  
146  
147  
148  
149  
150  
151  
152  
153  
154  
155  
156  
157  
158  
159  
160  
161  
162  
163  
164  
165  
166  
167  
168  
169  
170  
171  
172  
173  
174  
175  
176  
177  
178  
179  
180  
181  
182  
183  
184  
185  
186  
187  
188  
189  
190  
191  
192  
193  
194  
195  
196  
197  
198  
199  
200  
201  
202  
203  
204  
205  
206  
207  
208  
209  
210  
211  
212  
213  
214  
215  
216  
217  
218  
219  
220  
221  
222  
223  
224  
225  
226  
227  
228  
229  
230  
231  
232  
233  
234  
235  
236  
237  
238  
239  
240  
241  
242  
243  
244  
245  
246  
247  
248  
249  
250  
251  
252  
253  
254  
255  
256  
257  
258  
259  
260  
261  
262  
263  
264  
265  
266  
267  
268  
269  
270  
271  
272  
273  
274  
275  
276  
277  
278  
279  
280  
281  
282  
283  
284  
285  
286  
287  
288  
289  
290  
291  
292  
293  
294  
295  
296  
297  
298  
299  
300  
301  
302  
303  
304  
305  
306  
307  
308  
309  
310  
311  
312  
313  
314  
315  
316  
317  
318  
319  
320  
321  
322  
323  
324  
325  
326  
327  
328  
329  
330  
331  
332  
333  
334  
335  
336  
337  
338  
339  
340  
341  
342  
343  
344  
345  
346  
347  
348  
349  
350  
351  
352  
353  
354  
355  
356  
357  
358  
359  
360  
361  
362  
363  
364  
365  
366  
367  
368  
369  
370  
371  
372  
373  
374  
375  
376  
377  
378  
379  
380  
381  
382  
383  
384  
385  
386  
387  
388  
389  
390  
391  
392  
393  
394  
395  
396  
397  
398  
399  
400  
401  
402  
403  
404  
405  
406  
407  
408  
409  
410  
411  
412  
413  
414  
415  
416  
417  
418  
419  
420  
421  
422  
423  
424  
425  
426  
427  
428  
429  
430  
431  
432  
433  
434  
435  
436  
437  
438  
439  
440  
441  
442  
443  
444  
445  
446  
447  
448  
449  
450  
451  
452  
453  
454  
455  
456  
457  
458  
459  
460  
461  
462  
463  
464  
465  
466  
467  
468  
469  
470  
471  
472  
473  
474  
475  
476  
477  
478  
479  
480  
481  
482  
483  
484  
485  
486  
487  
488  
489  
490  
491  
492  
493  
494  
495  
496  
497  
498  
499  
500  
501  
502  
503  
504  
505  
506  
507  
508  
509  
510  
511  
512  
513  
514  
515  
516  
517  
518  
519  
520  
521  
522  
523  
524  
525  
526  
527  
528  
529  
530  
531  
532  
533  
534  
535  
536  
537  
538  
539  
540  
541  
542  
543  
544  
545  
546  
547  
548  
549  
550  
551  
552  
553  
554  
555  
556  
557  
558  
559  
560  
561  
562  
563  
564  
565  
566  
567  
568  
569  
570  
571  
572  
573  
574  
575  
576  
577  
578  
579  
580  
581  
582  
583  
584  
585  
586  
587  
588  
589  
590  
591  
592  
593  
594  
595  
596  
597  
598  
599  
600  
601  
602  
603  
604  
605  
606  
607  
608  
609  
610  
611  
612  
613  
614  
615  
616  
617  
618  
619  
620  
621  
622  
623  
624  
625  
626  
627  
628  
629  
630  
631  
632  
633  
634  
635  
636  
637  
638  
639  
640  
641  
642  
643  
644  
645  
646  
647  
648  
649  
650  
651  
652  
653  
654  
655  
656  
657  
658  
659  
660  
661  
662  
663  
664  
665  
666  
667  
668  
669  
670  
671  
672  
673  
674  
675  
676  
677  
678  
679  
680  
681  
682  
683  
684  
685  
686  
687  
688  
689  
690  
691  
692  
693  
694  
695  
696  
697  
698  
699  
700  
701  
702  
703  
704  
705  
706  
707  
708  
709  
710  
711  
712  
713  
714  
715  
716  
717  
718  
719  
720  
721  
722  
723  
724  
725  
726  
727  
728  
729  
730  
731  
732  
733  
734  
735  
736  
737  
738  
739  
740  
741  
742  
743  
744  
745  
746  
747  
748  
749  
750  
751  
752  
753  
754  
755  
756  
757  
758  
759  
760  
761  
762  
763  
764  
765  
766  
767  
768  
769  
770  
771  
772  
773  
774  
775  
776  
777  
778  
779  
780  
781  
782  
783  
784  
785  
786  
787  
788  
789  
790  
791  
792  
793  
794  
795  
796  
797  
798  
799  
800  
801  
802  
803  
804  
805  
806  
807  
808  
809  
810  
811  
812  
813  
814  
815  
816  
817  
818  
819  
820  
821  
822  
823  
824  
825  
826  
827  
828  
829  
830  
831  
832  
833  
834  
835  
836  
837  
838  
839  
840  
84

NUMBRE: .....

[illegible]

CODIGO CARDIACO (CC)	CODIGO VENTILATORIO (CV)	LABORATORIO	ESCALA DE GLASGOW	RPTA MOTRIZ	CONVULSIONES
E = Exponetanea	E = Exponetanea	Hb=hemoglobina	RPTA OCULAR	6 = Obediencia orden	T = Tonicas
VE= Venaxistole ventricular	G= glucosa	G= glucosa	4= Exoptaneo	5= Orientado	TC= Tonico clonicas
EA= Extrasistole auricular	E1 = Bigipatera	C= creatinina	3= Al llamado	4= Confuso	G = Generalizadas
B = Bradicardia	E2 = Mascara reservorio	TS= transfusion sanguinea	2= Al dolor	3= Incoherente	F = focalizadas
T = Taquicardia	E3 = Venturi.		1= Ausente	3= Decortica	
FA= Fibrilacion auricular	E4 = TET	PUPILAS [mm]		2 = Descerebra	
BAV = Bloqueo AV	VME= Ventilacion mecanica			1= Ninguna	



COMMUNIST  
**Partij van Nederland**  
WELVAARDIGHEIT EN  
VRIJDIGHEIT

78



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA  
HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA



N° PACIENTES	INICIO TURNO	M	T	N
N° PL	ANTES TERMINO TURNO	M	T	N

INFORME ESTADISTICO DE ENFERMERIA: TOPICO GINECOLOGIA

G I	12 H	
G II	12 H	
G III	QUEDAN	

TURNO	LICENCIADO (A) EN ENFERMERIA	TECNICOS DE ENFERMERIA
MAÑANA		
TARDE		
NOCHE		

FECHA:.....

TRANSFERENCIA A:

HOSPITALIZACIÓN EN:

TOPICOS	M	T	N	TOPICOS	M	T	N	SERVICIO	M	T	N	SERVICIO	M	T	N
T. MEDICINA				OBSERVACION				C. OBSTETRICO				SOP			
GINECO-OBSTETRICIA				TRAUMA SHOCK				UCIN				ALTA			
T. CIRUGIA				MEDICINA				UCI				RET VOLUNT			

N°	OR	N	HOR	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	DIAGNOSTICO DE INGRESO	G° DEPENDENCIA	M	T	N	DESTINO	TIEMPO PERMANENCIA	OBSERVACIONES
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													

INCIDENCIAS:

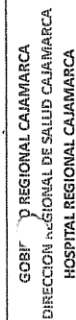
SELLO Y FIRMA

SELLO Y FIRMA

SELLO Y FIRMA

11/20  
94

N° ORD	N° CA M A	HOR A INGR ESO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD		DIAGNOSTICO DE INGRESO	G°. DE PEN DENCIA	N	DESTINO	TIEMPO PERMAN ENCIA	PROCEDENCIA REFERENCIA
				M	F						
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											



## INFORME ESTADÍSTICO DE ENFERMERÍA: OBSERVACIÓN

РЕЧТА	/ /
-------	-----

NUEVOS	M	T	N
CVC			
TET			
VIM/NUE			

TURNO	ENFERMERAS	TECNICOS DE ENFERMERIA	MEDICO
MAÑANA			
TARDE			
NOCHE			

## DERIVED: Y

SERVICIO	M	F	T	N	SERVICIO	M	F	T	N	SERVICIO	M	F	T	N
CIRUGIA					MATERINIDAD					UCI				
MEDICINA					NEONATOL					CLINICA				
PEDIATRIA					SALA OPER.					UCI NEONAT.				
										OBSERVACION				
										MORQUE				
										ALTA				

[illegible]

**INCIDENCIAS:..**

SELO Y FIRMA

[illegible]

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA  
HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA



N° PACIENTES INICIO TURNO	M	T	N
N° PACIENTES TERMINO TURNO			

INFORME ESTADISTICO DE ENFERMERIA: TOPICO PEDIATRIA

FECHA: .....

TURNOS	LICENCIADO (A) EN ENFERMERIA	TECNICOS DE ENFERMERIA
MAÑANA		
TARDE		
NOCHE		

G I	12 H	
G II	12 H	
G III	QUEDAN	

TRANSFERENCIA A:			HOSPITALIZACIÓN EN:												
TOPICOS	M	T	N	TOPICOS	M	T	N	SERVICIO	M	T	N	SERVICIO	M	T	N
T. MEDICINA				OBSERVACION				PEDIATRIA				ALOL. CONJ			TRANS. ESSALUD
T. GINECO-OBS				TRAUMA SHOCK				NEO - PATOLOG				ALTA			FUGA
T. CIRUGIA								UCI -NEO				RET VOLUNT			
															PROCEDENCIA REFERENCIA

N° OR	N C D	HOR A INGR ESO	NOMBRES Y APELLIDOS			EDAD		DIAGNOSTICO DE INGRESO	G° DE NDE NCIA	M	T	N	DESTINO	TIEMPO PERMAN ENCIA	PROCEDENCIA REFERENCIA
			M	T	F	M	F								
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															

INCIDENCIAS: .....

SELLO Y FIRMA

SELLO Y FIRMA

SELLO Y FIRMA

N° DR D	N° CA M A	HOR A INGR ESO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD		DIAGNOSTICO DE INGRESO	G° DEPENDENCIA	M	T	N	DESTINO	TIEMPO PERMANENCIA	PROCEDENCIA REFERENCIA
				M	F								
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA  
HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA

INFORME ESTADISTICO DE ENFERMERIA:

3 I	<12 H	
3 II	> 12 H	
3 III	QUEDAN	

N° PACIENTES INICIO TURNO	M	T	N
N° PACIENTES TERMINO TURNO	M	T	N

TOPICO  
PROCEDIMIENTOS

TURNO	ENFERMERAS	TECNICOS DE ENFERMERIA
MAÑANA		
TARDE		
NOCHE		

FECHA:.....

TRANSFERIDO A:

TOPICOS	M	T	N	TOPICOS	M	T	N	SERVICIO	M	T	N	SERVICIO	M	T	N
T. MEDICINA				OBSERVACION				CRUCIA				PEDIATRIA			
T. GINECO OBS				TRAUMA SHOCK				SALA OPERAC				MORQUE			
T. PEDIATRIA								MEDICINA				RETIRO VOLUNTARIO			

N°	N° CA M A	HORA INGRESO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	DIAGNOSTICO	G° DEPEND	M	T	N	DESTINO	TIEMPO PERMANENCIA	OBSERVACION
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												

ASIDENCIAS:

8/20  
91

SELO Y FIRMA

[illegible]

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA  
HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA



N° PACIENTES INICIO TURNO	M	T	N
N° PACIENTES TERMINO TURNO	M	T	N

INFORME ESTADISTICO DE ENFERMERIA: **ME. D. C. N. A.**

FECHA: .....

TURNO	LICENCIADO (A) EN ENFERMERIA	TECNICOS DE ENFERMERIA
MAÑANA		
TARDE		
NOCHE		

G I	12 H	
G II	12 H	
G III	QUEDAN	

HOSPITALIZACIÓN EN:														
TRANSFERENCIA A:														
TOPICOS	M	T	N	TOPICOS	M	T	N	SERVICIO	M	T	N	SERVICIO	M	T
T. MEDICINA				OBSERVACION				PEDIATRIA				ALOI. CONJ		
T. GINECO-OBS				TRAUMA SHOCK				NEO - PATOLOG				ALTA		
T. CIRUGIA								UCI - NEO				RET VOLUNT		

N° OR D	N	HOR A INGR A ESO	NOMBRES Y APELLIDOS			EDAD		DIAGNOSTICO DE INGRESO	G° DEPENDENCIA	DESTINO			TIEMPO PERMANENCIA	PROCEDENCIA REFEREN
			M	T	F	M	T			M	T	N		
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														

INCIDENCIAS: .....

SELO Y FIRMA

SELO Y FIRMA

SELO Y FIRMA

7/20  
90

N° ORD	N° CA M A	HOR A INGR ESO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD		DIAGNOSTICO DE INGRESO	G° DEPE NDE NCIA	M	N	DESTINO	TIEMPO PERMAN ENCIA	PROCEDENCIA REFERENCIA
				M	F							
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA  
HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA

Nº PACIENTES INICIO TURNO	M	T	N
Nº PACIENTES TERMINO TURNO	M	T	N

INFORME ESTADÍSTICO DE ENFERMERÍA: TÓPICO CIRUGÍA

FECHA:.....

TURNOS	LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA	TECNICOS DE ENFERMERÍA
MAÑANA		
TARDE		
NOCHE		

G I	12 H	
G II	12 H	
G III	QUEDAN	

TRANSFERENCIA A:

TRANSFERENCIA A:		T. GINECO-OBS													
TOPICOS	M	T	N	TOPICOS	M	T	N	SERVICIO	M	T	N	SERVICIO	M	T	N
T. MEDICINA				OBSERVACION				PEDIATRIA				ALOI. CONJ			TRANS. ESSALUD
T. GINECO-OBS				TRAUMA SHOCK				NEO - PATOLOG				ALTA			FUGA
T. CIRUGIA								UCI- NEO				RET VOLUNT			

HOSPITALIZACIÓN EN:

SERVICIO	M		T		N		M		T		N		M		T		N	
PEDIATRIA																		
NEO - PATOLOG																		
UCI -NEO																		

Nº OR D	N C A M A	HOR A INGR ESO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD		DIAGNOSTICO DE INGRESO	G°. DE DE NDE NCIA	M T N	DESTINO	TIEMPO PERMAN ENCIA	PROCEDENCIA REFERENCIA
				M	F						
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

INCIDENCIAS:.....

SELO Y FIRMA

SELO Y FIRMA

SELO Y FIRMA

6/20  
89

N° OR D	N° CA M A	HOR A INGR ESO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD		DIAGNOSTICO DE INGRESO	G°. DE NDE NCIA	M	N	DESTINO	TIEMPO PERMAN ENCIA	PROCEDENCIA REFERENCIA
				M	F							
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												

[illegible]




**SERVICIO:**

[illegible]

കിരീടം.

92




S.C.A.R.E.

Hospital Regional Docente de Cajamarca

## ATENCIÓN PRE ANESTÉSICA

### SECCIÓN I: EVALUACIÓN PRE QUIRÚRGICA



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE  
CAJAMARCA

Fecha :

Hora :

**1.- FILIACIÓN :**

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

H Clínica : \_\_\_\_\_ Servicio / cama: \_\_\_\_\_

Ocupación : \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_

**2.- Dx PREOPERATORIO:** \_\_\_\_\_

**3.- PROCEDIMIENTO QUIRURGICO :** \_\_\_\_\_

**4.- CARÁCTER DE LA INTERVENCIÓN:** Electiva ☐ Programada ☐ Urgencia ☐ Emergencia ☐

**5.- ANTECEDENTES ANESTÉSICOS:** No ☐ Si ☐

Procedimiento	Fecha	TIPO ANESTESIA	REACCIÓN ADVERSA ?

Complicaciones o secuelas? \_\_\_\_\_

Algún familiar consanguíneo tuvo problemas con la anestesia? ¿cuál? \_\_\_\_\_

**6.- ANTECEDENTES GENERALES DEL PACIENTE :**

● TRANSFUSIONES No ☐ Si ☐ Complicaciones \_\_\_\_\_

● Sangrado abundante post quirúrgico o extracción dental? \_\_\_\_\_ Hematomas o petequias sin trauma? \_\_\_\_\_

Algún familiar con problemas de coagulación? \_\_\_\_\_

Anticoagulantes (aas, warfarina, HBPM)? No ☐ Si ☐ Desde cuándo? \_\_\_\_\_

● ALERGIAS (RAM) No ☐ Si ☐ Agente \_\_\_\_\_

Manifestaciones: \_\_\_\_\_

● FUMADOR: No ☐ Si ☐ Ex fumador ☐ Ocasional ☐ Pesado ☐

● ALCOHOL No ☐ Si ☐ Consumo: Ocasional ☐ Moderado ☐ Severo ☐ Tipo de licor? \_\_\_\_\_

● ESTUPEFACIENTES? No ☐ Si ☐ Tipo de droga: \_\_\_\_\_

● AMBIENTES TÓXICOS No ☐ Si ☐ Describir: \_\_\_\_\_

**7.- ENFERMEDADES**

ASMA _____	EPOC _____	TBC _____
HTA _____	ICC _____	IMA _____
DIAB _____	IRC _____	EPILEP _____
HEPATOPATÍA _____	Glaucoma _____	
OTRAS _____		

COVID: \_\_\_\_\_ FUE INTUBADO: No ☐ Si ☐

**8.- GESTACIÓN :** No ☐ Si ☐ Trimestre de gestación: I ☐ II ☐ III ☐

Comentario: \_\_\_\_\_

**9.- EXAMEN CLÍNICO :**

Peso  Talla  FC  P/A   
FR  T°  spO2  fiO2

**Aparatos y Sistemas**

Aspecto General  Asténico  Atlético  Obeso   
Piel y TCSC   
Cabeza y Cuello   
Cardiovascular   
Ap. Respiratorio   
Abdomen   
Extremidades   
Sistema Nervioso   
OsteoArticular  Columna Vertebral

**Preferencial**

DENTADURA: Completa ☐ Incompleta ☐ Ausente ☐ Prótesis móvil   
MALLAMPATI I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ Apertura bucal  Cuello corto   
Posible dificultad en: Intubación traqueal ☐ Punción venosa ☐ Otra:

**10.- EXÁMENES AUXILIARES :**

GS y Rh  Hto  Hb  TC  TP  TTP  TS   
Glicemia  Urea  Creatinina  Otros   
E K G  ESPIROMETRIA   
Rx Tórax  OTROS :

**11.- INTERCONSULTAS :**

Cardiología ☐ Neomología ☐ Endocrinología ☐  
No ☐ Si ☐ Nefrología ☐ Med Interna ☐ Otros

**12.- TIPIFICACIÓN DE RIESGOS :**

RIESGO ANESTESIOLÓGICO:   
● GOLDMAN (Cardiólogo o Internista) I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐  
● NEUMOLÓGICO (Neumólogo) I ☐ II ☐ III ☐  
● A S A (Anestesiólogo) I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ E ☐

**13.- APTO PARA CIRUGÍA :**

Si ☐ No ☐

**14.- INDICACIONES :**

● Exámenes auxiliares   
● Depósito de sangre  Transfusión preoperatoria   
● Medicamentos a suspender   
● Necesidad de UCI / UCIM

**15.- SUGERENCIAS :**

MÉDICO ANESTESIÓLOGO  
Firma y Sello

**INFORME ESTADÍSTICO DE ENFERMERÍA: SHOCK TRAUMA.**

TURNOS	U.C. ENFERMERÍA	TEC. ENFERMERIA	MÉDICO DE TURNO
MAÑANA			
TARDE			
NOCHE			

**INFORME ESTADÍSTICO DE ENFERMERÍA: SHOCK TRAUMA.**

[illegible]

5/20

88

EMERGENCIA – OBSERVACION.

PACIENTE:.....

EDAD: ..... Nº CAMA: ..... SIS: .....

FECHA DE INGRESO..... HORA DE INGRESO.....

FECHA DE EGRESO..... HORA DE EGRESO.....

PROCEDIMIENTOS	CANT.	OTROS	CANT.
CARDIOVERSION ELECTRICA		OXIGENOTERAPIA (litros)	
CARDIV. MEDICAMENTOSA		MONITOREO (horas)	
COLAC. MARCAPASO TRANS.		INTERCONSULTAS	
DRENAJE TORAXICO		TOTAL DE TRATAMIENTOS	
DRENAJE PLEURAL		TRATAMIENTO EV	
TORACOSINTESIS		TRATAMIENTO IM	
PARACENTESIS		TRATAMIENTO SC	
PUNCION LUMBAR		TRATAMIENTO VO	
COLOCACION DE CVC		TRATAMIENTO SI	
COLOCACION DE TET		TRATAMIENTO NSG/SOG	
VENTILAC. MECANIC. (horas)		OTROS	
NEBULIZACIONES		Tiempo de permanencia	
SUTURAS (puntos)			
COLOC. Sonda FOLEY			
COLOC. SNS/SOG			
COLOC. RECTAL			
VENOPUNCION			
LAVADO GASTRICO			
TRANSFUSION SANGUINEA			
TRANSF. HEMODERIVADOS			
TOMA DE EKG			
USO DE BOMBAS INFUSION			

EMERGENCIA – OBSERVACION.

PACIENTE:.....

EDAD: ..... Nº CAMA: ..... SIS: .....

FECHA DE INGRESO..... HORA DE INGRESO.....

FECHA DE EGRESO..... HORA DE EGRESO.....

PROCEDIMIENTOS	CANT.	OTROS	CANT.
CARDIOVERSION ELECTRICA		OXIGENOTERAPIA (litros)	
CARDIV. MEDICAMENTOSA		MONITOREO (horas)	
COLAC. MARCAPASO TRANS.		INTERCONSULTAS	
DRENAJE TORAXICO		TOTAL DE TRATAMIENTOS	
DRENAJE PLEURAL		TRATAMIENTO EV	
TORACOSINTESIS		TRATAMIENTO IM	
PARACENTESIS		TRATAMIENTO SC	
PUNCION LUMBAR		TRATAMIENTO VO	
COLOCACION DE CVC		TRATAMIENTO SI	
COLOCACION DE TET		TRATAMIENTO NSG/SOG	
VENTILAC. MECANIC. (horas)		OTROS	
NEBULIZACIONES		Tiempo de permanencia	
SUTURAS (puntos)			
COLOC. Sonda FOLEY			
COLOC. SNS/SOG			
COLOC. RECTAL			
VENOPUNCION			
LAVADO GASTRICO			
TRANSFUSION SANGUINEA			
TRANSF. HEMODERIVADOS			
TOMA DE EKG			
USO BOMBAS INFUSION			

EMERGENCIA – OBSERVACION.

PACIENTE:.....

EDAD: ..... Nº CAMA: ..... SIS: .....

FECHA DE INGRESO..... HORA DE INGRESO.....

FECHA DE EGRESO..... HORA DE EGRESO.....

PROCEDIMIENTOS	CANT.	OTROS	CANT.
CARDIOVERSION ELECTRICA		OXIGENOTERAPIA (litros)	
CARDIV. MEDICAMENTOSA		MONITOREO (horas)	
COLAC. MARCAPASO TRANS.		INTERCONSULTAS	
DRENAJE TORAXICO		TOTAL DE TRATAMIENTOS	
DRENAJE PLEURAL		TRATAMIENTO EV	
TORACOSINTESIS		TRATAMIENTO IM	
PARACENTESIS		TRATAMIENTO SC	
PUNCION LUMBAR		TRATAMIENTO VO	
COLOCACION DE CVC		TRATAMIENTO SI	
COLOCACION DE TET		TRATAMIENTO NSG/SOG	
VENTILAC. MECANIC. (horas)		OTROS	
NEBULIZACIONES		Tiempo de permanencia	
SUTURAS (puntos)			
COLOC. Sonda FOLEY			
COLOC. SNS/SOG			
COLOC. RECTAL			
VENOPUNCION			
LAVADO GASTRICO			
TRANSFUSION SANGUINEA			
TRANSF. HEMODERIVADOS			
TOMA DE EKG			
USO DE BOMBAS INFUSION			

EMERGENCIA – OBSERVACION.

PACIENTE:.....

EDAD: ..... Nº CAMA: ..... SIS: .....

FECHA DE INGRESO..... HORA DE INGRESO.....

FECHA DE EGRESO..... HORA DE EGRESO.....

PROCEDIMIENTOS	CANT.	OTROS	CANT.
CARDIOVERSION ELECTRICA		OXIGENOTERAPIA (litros)	
CARDIV. MEDICAMENTOSA		MONITOREO (horas)	
COLAC. MARCAPASO TRANS.		INTERCONSULTAS	
DRENAJE TORAXICO		TOTAL DE TRATAMIENTOS	
DRENAJE PLEURAL		TRATAMIENTO EV	
TORACOSINTESIS		TRATAMIENTO IM	
PARACENTESIS		TRATAMIENTO SC	
PUNCION LUMBAR		TRATAMIENTO VO	
COLOCACION DE CVC		TRATAMIENTO SI	
COLOCACION DE TET		TRATAMIENTO NSG/SOG	
VENTILAC. MECANIC. (horas)		OTROS	
NEBULIZACIONES		Tiempo de permanencia	
SUTURAS (puntos)			
COLOC. Sonda FOLEY			
COLOC. SNS/SOG			
COLOC. RECTAL			
VENOPUNCION			
LAVADO GASTRICO			
TRANSFUSION SANGUINEA			
TRANSF. HEMODERIVADOS			
TOMA DE EKG			
USO BOMBAS INFUSION			

EMERGENCIA- SHOCK TRAUMA

PACIENTE.....  
DAD..... N° CAMA..... SIS.....  
ECHA DE INGRESO.....HORA DE INGRESO.....  
ECHA DE EGRESO.....HORA DE EGRESO.....

PROCEDIMIENTOS	CAN T	OTROS	CA NT
CARDIOVERSION ELECTRICA		INTERCONSULTAS	
CARDIOVERS. MEDICAMENT		MONITOREO (HORAS)	
COLOCACION MARCA PASO		LAVADO GASTRICO	
DRENAJE TORAXICO		TOTAL DE TRATAMIENTOS	
DRENAJE PLEURAL		TRATAMIENTO EV	
TORACOSENTESIS		TRATAMIENTO IM	
PARACENTESIS		TRATAMIENTO SC	
PUNCION LUMBAR		TRATAMIENTO VO	
COLOCACION DE CVC		TRATAMIENTO SL	
COLOCACION DE TET		TRATAMIENTO SNG/SOG	
VENTILAC. MECAN. (HORAS)		VENOPUNCION	
NEBULIZACIONES		TRANSFUSION SANGUINEA	
OXIGENOTERAPIA (LITROS)		TRANSF. HEMODERIVAD	
COLOC. Sonda FOLEY		ATROPINIZACION	
COLOC. SNG/SOG		ENEMA	
COLOC. Sonda RECTAL		OTROS	
HEMODIALISIS			
TROMBOLISIS CARDIACA			
TROMBOLISIS CEREBRAL			
TRAQUEOSTOMIA			
TOMA EKG			
USO BOMBA INFUSORA			
SUTURAS (PUNTOS)			

EMERGENCIA- SHOCK TRAUMA

PACIENTE.....  
DAD..... N° CAMA..... SIS.....  
ECHA DE INGRESO.....HORA DE INGRESO.....  
ECHA DE EGRESO.....HORA DE EGRESO.....

PROCEDIMIENTOS	CAN T	OTROS	CA NT
CARDIOVERSION ELECTRICA		INTERCONSULTAS	
CARDIOVERS. MEDICAMENT		MONITOREO (HORAS)	
COLOCACION MARCA PASO		LAVADO GASTRICO	
DRENAJE TORAXICO		TOTAL DE TRATAMIENTOS	
DRENAJE PLEURAL		TRATAMIENTO EV	
TORACOSENTESIS		TRATAMIENTO IM	
PARACENTESIS		TRATAMIENTO SC	
PUNCION LUMBAR		TRATAMIENTO VO	
COLOCACION DE CVC		TRATAMIENTO SL	
COLOCACION DE TET		TRATAMIENTO SNG/SOG	
VENTILAC. MECAN. (HORAS)		VENOPUNCION	
NEBULIZACIONES		TRANSFUSION SANGUINEA	
OXIGENOTERAPIA (LITROS)		TRANSF. HEMODERIVAD	
COLOC. Sonda FOLEY		ATROPINIZACION	
COLOC. SNG/SOG		ENEMA	
COLOC. Sonda RECTAL		OTROS	
HEMODIALISIS			
TROMBOLISIS CARDIACA			
TROMBOLISIS CEREBRAL			
TRAQUEOSTOMIA			
TOMA EKG			
USO BOMBA INFUSORA			
SUTURAS (PUNTOS)			

EMERGENCIA- SHOCK TRAUMA

PACIENTE.....  
EDAD..... N° CAMA..... SIS.....  
FECHA DE INGRESO.....HORA DE INGRESO.....  
FECHA DE EGRESO.....HORA DE EGRESO.....

PROCEDIMIENTOS	CAN T	OTROS	CA NT
CARDIOVERSION ELECTRICA		INTERCONSULTAS	
CARDIOVERS. MEDICAMENT		MONITOREO (HORAS)	
COLOCACION MARCA PASO		LAVADO GASTRICO	
DRENAJE TORAXICO		TOTAL DE TRATAMIENTOS	
DRENAJE PLEURAL		TRATAMIENTO EV	
TORACOSENTESIS		TRATAMIENTO IM	
PARACENTESIS		TRATAMIENTO SC	
PUNCION LUMBAR		TRATAMIENTO VO	
COLOCACION DE CVC		TRATAMIENTO SL	
COLOCACION DE TET		TRATAMIENTO SNG/SOG	
VENTILAC. MECAN. (HORAS)		VENOPUNCION	
NEBULIZACIONES		TRANSFUSION SANGUINEA	
OXIGENOTERAPIA (LITROS)		TRANSF. HEMODERIVAD	
COLOC. Sonda FOLEY		ATROPINIZACION	
COLOC. SNG/SOG		ENEMA	
COLOC. Sonda RECTAL		OTROS	
HEMODIALISIS			
TROMBOLISIS CARDIACA			
TROMBOLISIS CEREBRAL			
TRAQUEOSTOMIA			
TOMA EKG			
USO BOMBA INFUSORA			
SUTURAS (PUNTOS)			

EMERGENCIA- SHOCK TRAUMA

PACIENTE.....  
EDAD..... N° CAMA..... SIS.....  
FECHA DE INGRESO.....HORA DE INGRESO.....  
FECHA DE EGRESO.....HORA DE EGRESO.....

PROCEDIMIENTOS	CAN T	OTROS	CA NT
CARDIOVERSION ELECTRICA		INTERCONSULTAS	
CARDIOVERS. MEDICAMENT		MONITOREO (HORAS)	
COLOCACION MARCA PASO		LAVADO GASTRICO	
DRENAJE TORAXICO		TOTAL DE TRATAMIENTOS	
DRENAJE PLEURAL		TRATAMIENTO EV	
TORACOSENTESIS		TRATAMIENTO IM	
PARACENTESIS		TRATAMIENTO SC	
PUNCION LUMBAR		TRATAMIENTO VO	
COLOCACION DE CVC		TRATAMIENTO SL	
COLOCACION DE TET		TRATAMIENTO SNG/SOG	
VENTILAC. MECAN. (HORAS)		VENOPUNCION	
NEBULIZACIONES		TRANSFUSION SANGUINEA	
OXIGENOTERAPIA (LITROS)		TRANSF. HEMODERIVAD	
COLOC. Sonda FOLEY		ATROPINIZACION	
COLOC. SNG/SOG		ENEMA	
COLOC. Sonda RECTAL		OTROS	
HEMODIALISIS			
TROMBOLISIS CARDIACA			
TROMBOLISIS CEREBRAL			
TRAQUEOSTOMIA			
TOMA EKG			
USO BOMBA INFUSORA			
SUTURAS (PUNTOS)			

EMERGENCIA- SHOCK TRAUMA

PACIENTE.....  
DAD..... N° CAMA..... SIS.....  
ECHA DE INGRESO.....HORA DE INGRESO.....  
ECHA DE EGRESO.....HORA DE EGRESO.....

PROCEDIMIENTOS	CAN T	OTROS	CA NT
CARDIOVERSION ELECTRICA		INTERCONSULTAS	
CARDIOVERS. MEDICAMENT		MONITOREO (HORAS)	
COLOCACION MARCA PASO		LAVADO GASTRICO	
DRENAJE TORAXICO		TOTAL DE TRATAMIENTOS	
DRENAJE PLEURAL		TRATAMIENTO EV	
TORACOSENTESIS		TRATAMIENTO IM	
PARACENTESIS		TRATAMIENTO SC	
PUNCION LUMBAR		TRATAMIENTO VO	
COLOCACION DE CVC		TRATAMIENTO SL	
COLOCACION DE TET		TRATAMIENTO SNG/SOG	
VENTILAC. MECAN. (HORAS)		VENOPUNCION	
NEBULIZACIONES		TRANSFUSION SANGUINEA	
OXIGENOTERAPIA (LITROS)		TRANSF. HEMODERIVAD	
COLOC. Sonda FOLEY		ATROPINIZACION	
COLOC. SNG/SOG		ENEMA	
COLOC. Sonda RECTAL		OTROS	
HEMODIALISIS			
TROMBOLISIS CARDIACA			
TROMBOLISIS CEREBRAL			
TRAQUEOSTOMIA			
TOMA EKG			
USO BOMBA INFUSORA			
SUTURAS (PUNTOS)			

EMERGENCIA- SHOCK TRAUMA

PACIENTE.....  
DAD..... N° CAMA..... SIS.....  
ECHA DE INGRESO.....HORA DE INGRESO.....  
ECHA DE EGRESO.....HORA DE EGRESO.....

PROCEDIMIENTOS	CAN T	OTROS	CA NT
CARDIOVERSION ELECTRICA		INTERCONSULTAS	
CARDIOVERS. MEDICAMENT		MONITOREO (HORAS)	
COLOCACION MARCA PASO		LAVADO GASTRICO	
DRENAJE TORAXICO		TOTAL DE TRATAMIENTOS	
DRENAJE PLEURAL		TRATAMIENTO EV	
TORACOSENTESIS		TRATAMIENTO IM	
PARACENTESIS		TRATAMIENTO SC	
PUNCION LUMBAR		TRATAMIENTO VO	
COLOCACION DE CVC		TRATAMIENTO SL	
COLOCACION DE TET		TRATAMIENTO SNG/SOG	
VENTILAC. MECAN. (HORAS)		VENOPUNCION	
NEBULIZACIONES		TRANSFUSION SANGUINEA	
OXIGENOTERAPIA (LITROS)		TRANSF. HEMODERIVAD	
COLOC. Sonda FOLEY		ATROPINIZACION	
COLOC. SNG/SOG		ENEMA	
COLOC. Sonda RECTAL		OTROS	
HEMODIALISIS			
TROMBOLISIS CARDIACA			
TROMBOLISIS CEREBRAL			
TRAQUEOSTOMIA			
TOMA EKG			
USO BOMBA INFUSORA			
SUTURAS (PUNTOS)			

EMERGENCIA- SHOCK TRAUMA

PACIENTE.....  
EDAD..... N° CAMA..... SIS.....  
FECHA DE INGRESO.....HORA DE INGRESO.....  
FECHA DE EGRESO.....HORA DE EGRESO.....

PROCEDIMIENTOS	CAN T	OTROS	CA NT
CARDIOVERSION ELECTRICA		INTERCONSULTAS	
CARDIOVERS. MEDICAMENT		MONITOREO (HORAS)	
COLOCACION MARCA PASO		LAVADO GASTRICO	
DRENAJE TORAXICO		TOTAL DE TRATAMIENTOS	
DRENAJE PLEURAL		TRATAMIENTO EV	
TORACOSENTESIS		TRATAMIENTO IM	
PARACENTESIS		TRATAMIENTO SC	
PUNCION LUMBAR		TRATAMIENTO VO	
COLOCACION DE CVC		TRATAMIENTO SL	
COLOCACION DE TET		TRATAMIENTO SNG/SOG	
VENTILAC. MECAN. (HORAS)		VENOPUNCION	
NEBULIZACIONES		TRANSFUSION SANGUINEA	
OXIGENOTERAPIA (LITROS)		TRANSF. HEMODERIVAD	
COLOC. Sonda FOLEY		ATROPINIZACION	
COLOC. SNG/SOG		ENEMA	
COLOC. Sonda RECTAL		OTROS	
HEMODIALISIS			
TROMBOLISIS CARDIACA			
TROMBOLISIS CEREBRAL			
TRAQUEOSTOMIA			
TOMA EKG			
USO BOMBA INFUSORA			
SUTURAS (PUNTOS)			

EMERGENCIA- SHOCK TRAUMA

PACIENTE.....  
EDAD..... N° CAMA..... SIS.....  
FECHA DE INGRESO.....HORA DE INGRESO.....  
FECHA DE EGRESO.....HORA DE EGRESO.....

PROCEDIMIENTOS	CAN T	OTROS	CA NT
CARDIOVERSION ELECTRICA		INTERCONSULTAS	
CARDIOVERS. MEDICAMENT		MONITOREO (HORAS)	
COLOCACION MARCA PASO		LAVADO GASTRICO	
DRENAJE TORAXICO		TOTAL DE TRATAMIENTOS	
DRENAJE PLEURAL		TRATAMIENTO EV	
TORACOSENTESIS		TRATAMIENTO IM	
PARACENTESIS		TRATAMIENTO SC	
PUNCION LUMBAR		TRATAMIENTO VO	
COLOCACION DE CVC		TRATAMIENTO SL	
COLOCACION DE TET		TRATAMIENTO SNG/SOG	
VENTILAC. MECAN. (HORAS)		VENOPUNCION	
NEBULIZACIONES		TRANSFUSION SANGUINEA	
OXIGENOTERAPIA (LITROS)		TRANSF. HEMODERIVAD	
COLOC. Sonda FOLEY		ATROPINIZACION	
COLOC. SNG/SOG		ENEMA	
COLOC. Sonda RECTAL		OTROS	
HEMODIALISIS			
TROMBOLISIS CARDIACA			
TROMBOLISIS CEREBRAL			
TRAQUEOSTOMIA			
TOMA EKG			
USO BOMBA INFUSORA			
SUTURAS (PUNTOS)			



HOSPITALIZACIONES .....  
DEFUNCIONES .....  
PACIENTES QUE QUEDAN .....  
Nº DE CAMAS DISPONIBLES .....

**DEPARTAMENTO  
MEDICINA**

**TOTAL DE PACIENTES A LAS:**

19 P.M.:.....

FECHA:..... AL ..... DEL 20.....

EN AYUNAS				RECOLECCION							
LABORATORIO		ECOGRAFIAS		PESO		ORINA COMPL.		HECES		ESPUTO	
		ENDOSCOPIA		TAC		Urocultivo:		EKG			
		ECOGRAFIA				ECOCARDIOGRAFIA					
		RAYOS X									
GRADOS DE PACIENTES		SIS		NO SIS		CURACIONES		BALANCE HIDROS		DIURESIS ESTRUCTA	
I:.....						M:.....				ALTAS	
II:.....						M-T:.....					
III:.....						M-T-N:.....					
IV:.....						BAÑO		Higiene de Boca			
						Baño Esponja					
INTERCONSULTAS		VENOCLISIS		OXIGENOTERAPIA		OTROS PROCEDIMIENTOS					
Via Clorurada:.....		C.B.N: .....		Sonda Vesical: .....							
A:.....		Mascara Venturi .....		Sonda Nasogástrica:.....							
A-B:.....		Mascara de Reservorio. ....		Vendajes: .....							
A-B-C: .....		Nebulización.....		Aspiración Secreciones .....							
A-B-C-D: .....				Limpieza de catéter Venoso .....							
Cambio:.....				Sujeción Mecánica: .....							
C.Glucosa .....				Ejercicios Respiratorios: .....							
Int. Solc: .....				Cambio de Posiciones:.....							
				TET/TQT/PI/PR: .....							
				C.V.C:.....							
				Otros .....							
				Libres:.....							
				mfl							



**MINISTERIO DE SALUD**  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA  
AV. Larry Jhonson y Mártires de Uchuracay  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

PACIENTE:.....

N° CAMA: .....



**MINISTERIO DE SALUD**  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA  
AV. Larry Jhonson y Mártires de Uchuracay  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

PACIENTE:.....

N° CAMA: .....



**MINISTERIO DE SALUD**  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA  
AV. Larry Jhonson y Mártires de Uchuracay  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

PACIENTE:.....

N° CAMA: .....



**MINISTERIO DE SALUD**  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA  
AV. Larry Jhonson y Mártires de Uchuracay  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

PACIENTE:.....

N° CAMA: .....

CONSOLIDADO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

FECHA:.....

Personal de Turno	ENFERMERAS			TECNICOS		
	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche

ACTIVIDADES	Turnos			ACTIVIDADES	Turnos			ACTIVIDADES especiales	Turnos		
	M	T	N		M	T	N		M	T	N
<b>Administrativas</b>				<b>Administración Medicamentos</b>				<b>Procedimientos especiales</b>			
N° Pactes al inicio del turno				Vía Oral				Colocación de T.E.T			
N° Pactes al final del turno				Por SNG				Colocación de C.V.C.			
Ingresos				Vía Subcutánea				Toracocentesis			
Altas				Oftálmico				Paracentesis			
Transferencias				Endovenoso				Dialisis peritoneal			
Notas de Enfermería				Intramuscular				Biopsias			
Balance hídrico				Instalación de vías.				Atención en Paro Cardíaco			
				Control de venoclisis				Dialisis Peritoneal			
<b>Asistencial</b>				Vías Salinizadas				Curación de C.V.C.			
Cont. y Registros Sign. Vital				Uso de bombas de infusión				Instalación de PVC			
Monitoreo de F.V.				Hemoglucotex				Medición de PVC			
Monitoreo Neurológico				Curaciones				<b>Cuidados de</b>			
Control y riesgo de peso y talla				Toma EKG				De T.E.T.			
Cánula binasal				<b>Colocación de Sondas</b>				Catéter venoso central			
Mascara de Reserorio				Vesical				Vendajes			
Mascara de Venturi				Nasogástrica				Cambio de Posiciones y Palmoterapia			
N° Nebulizaciones				Rectal				Valoración de caídas			
N° de Puff				<b>Cuidado de Sondas</b>				Valoración zonas de presión			
Transfusión sanguínea				Vesical				<b>DOCENCIA</b>			
Transfusión de plasma				Nasogástrica				Educ. sanitaria paciente y familiares			
Exsangüíneo Transfusión				<b>Retiro de Sondas</b>				Superv. Interna			
				Vesical				Observaciones:			
				Nasogástrica							

19  
/21

CONSOLIDADO DE ACTIVIDADES DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA

FECHA: .....

TURNOS	TECNICOS
Personal de	
Turno	
Mañana	
Tarde	
Noche	

ACTIVIDADES	Turnos			ACTIVIDADES	Turnos		
	M	T	N		M	T	N
Entrega y recepción de turno por paciente				Rotulado y recolección de muestras			
Entrega y recepción de inventario y material				Trámite documentario			
Entrega y recepción ropa lavandería inventariada				Trámite de pedidos			
Equipar y Revisar Coche de resucitación y curaciones				Preparación y colocación de enemas			
Traslado de equipos para reparación y mantenimiento				Pactes. Con Alimentación por sonda nasogástrica			
Limpieza y desinfección de material diario				Pactes con Alimentación por vía oral			
Higiene matutina				Entrega y reclamo de resultados: rayos X, patología, etc			
Higiene de genitales				Medición de diuresis en frasco			
Higiene bucal				Descartar secreciones y/o frascos de drenaje y anotación			
Cortado de unas				Atención y registro de necesidades /fisiológicas.			
Baños - Razurados				Preparación de torundas			
Pact. con cambios de posición, masajes y talqueados.				Verificar operatividad de aspiradoras, balones de O2, etc			
Descarte de drenajes con su respectiva anotación				Preparación material para aspiración de secreciones			
Admisión de pacientes; peso talla, tendido de cama				Reclamo de recetas, y/o resultados de exámenes			
Limpieza de veladores				Colocación de sujeción mecánica			
Ventilación y cierre de ventanas				Tendido y recojo de cama			
Traslado de pacientes a procedimientos espec.				Pacientes con cambio de pañal			
Lavado de manos antes de alimentos				Pacientes con lavado de sonda vesical			
Preparación para procedimientos espec: oxigenoterapia, sondas, paracentesis, toraco				Recojo y limpieza de frascos, nebulizadores			
Vendaje de miembros inferiores				Limpieza y desinfección del servicio (sábados).			
Colocación y retiro de carteles				Vigilancia estricta de pacientes de Alta			
Apoyo a Enfer. en administración de Tto oral				Preparación post Morten y entrega de cadáver			
				Rasurado y preparación para proced			
				Observaciones:			

18  
120

HOSPITAL REGIONAL  
CAJAMARCA

DEPARTAMENTO  
MEDICINA

### HOJA DE CONTROL DE ELIMINACIONES

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:.....

Cama:..... Fecha de Ingreso: ..... Hora:..... Peso:..... Talla:.....

FECHA												
ELIMINACION	M	T	N	TOTAL	M	T	N	TOTAL	M	T	N	TOTAL
ORINA												
DEPOSICON												
VOMITO												
DRENAJES												

FECHA												
ELIMINACION	M	T	N	TOTAL	M	T	N	TOTAL	M	T	N	TOTAL
ORINA												
DEPOSICON												
VOMITO												
DRENAJES												

HOSPITAL REGIONAL  
CAJAMARCA

DEPARTAMENTO  
MEDICINA

### HOJA DE CONTROL DE ELIMINACIONES

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:.....

Cama:..... Fecha de Ingreso: ..... Hora:..... Peso:..... Talla:.....

FECHA												
ELIMINACION	M	T	N	TOTAL	M	T	N	TOTAL	M	T	N	TOTAL
ORINA												
DEPOSICON												
VOMITO												
DRENAJES												

FECHA												
ELIMINACION	M	T	N	TOTAL	M	T	N	TOTAL	M	T	N	TOTAL
ORINA												
DEPOSICON												
VOMITO												
DRENAJES												

CONTROL DE DIURESIS

Fecha :										Fecha :																			
Orina					Deposición					Vomito					Orina					Deposición					Vomito				
M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL	
501A																													
501B																													
501C																													
502A																													
502B																													
502C																													
503A																													
503B																													
503C																													
504A																													
504B																													
504C																													
505A																													
505B																													
505C																													
506A																													
506B																													
506C																													
507A																													
507B																													
507C																													
508A																													
508B																													
508C																													
509A																													
509B																													
509C																													
510A																													
510B																													
510C																													
511																													
512A																													
512B																													
512C																													
FIRMA																													

715  
117

## Control de Glucosas

Nombre:.....

Nº de Cama:.....

[illegible]



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA  
"SERVICIO DE MEDICINA"

PASE PARA INGRESO

PACIENTE: .....  
N° DE CAMA: .....  
FAMILIAR: .....  
VIGENCIA: .....  
MOTIVO: .....

JEFATURA DEL DPTO. MEDICINA



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA  
"SERVICIO DE MEDICINA"

PASE PARA INGRESO

PACIENTE: .....  
N° DE CAMA: .....  
FAMILIAR: .....  
VIGENCIA: .....  
MOTIVO: .....

JEFATURA DEL DPTO. MEDICINA



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA  
"SERVICIO DE MEDICINA"

PASE PARA INGRESO

PACIENTE: .....  
N° DE CAMA: .....  
FAMILIAR: .....  
VIGENCIA: .....  
MOTIVO: .....

JEFATURA DEL DPTO. MEDICINA



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA  
"SERVICIO DE MEDICINA"

PASE PARA INGRESO

PACIENTE: .....  
N° DE CAMA: .....  
FAMILIAR: .....  
VIGENCIA: .....  
MOTIVO: .....

JEFATURA DEL DPTO. MEDICINA

8  
17  
119

#### RECOMENDACIONES

El pase es exclusivo para un **(01) familiar**.  
Se debe contar con prueba diagnóstica de Covid-19 **POSITIVO** (prueba rápida con hisopado).  
Cumplimiento de las **normas de bioseguridad** (uso de Careta y mascarilla permanente, lavado de manos, distanciamiento social).  
**Está prohibido el ingreso durante la visita médica.**  
El ingreso será para alimentación, y cuidado según lo requiera en la guardia nocturna.  
El familiar debe permanecer junto a su paciente.  
El médico brindará información a partir de las 11:30am.

LA JEFATURA

#### RECOMENDACIONES

El pase es exclusivo para un **(01) familiar**.  
Se debe contar con prueba diagnóstica de Covid-19 **POSITIVO** (prueba rápida con hisopado).  
Cumplimiento de las **normas de bioseguridad** (uso de Careta y mascarilla permanente, lavado de manos, distanciamiento social).  
**Está prohibido el ingreso durante la visita médica.**  
El ingreso será para alimentación, y cuidado según lo requiera en la guardia nocturna.  
El familiar debe permanecer junto a su paciente.  
El médico brindará información a partir de las 11:30am.

LA JEFATURA

#### RECOMENDACIONES

- El pase es exclusivo para un **(01) familiar**.
- Se debe contar con prueba diagnóstica de Covid-19 **NEGATIVO** (prueba rápida con hisopado).
- Cumplimiento de las **normas de bioseguridad** (uso de Careta y mascarilla permanente, lavado de manos, distanciamiento social).
- **Está prohibido el ingreso durante la visita médica.**
- El ingreso será para alimentación, y cuidado según lo requiera en la guardia nocturna.
- El familiar debe permanecer junto a su paciente.
- El médico brindará información a partir de las 11:30am.

LA JEFATURA

#### RECOMENDACIONES

- El pase es exclusivo para un **(01) familiar**.
- Se debe contar con prueba diagnóstica de Covid-19 **NEGATIVO** (prueba rápida con hisopado).
- Cumplimiento de las **normas de bioseguridad** (uso de Careta y mascarilla permanente, lavado de manos, distanciamiento social).
- **Está prohibido el ingreso durante la visita médica.**
- El ingreso será para alimentación, y cuidado según lo requiera en la guardia nocturna.
- El familiar debe permanecer junto a su paciente.
- El médico brindará información a partir de las 11:30am.

LA JEFATURA



**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MEDICINA II**

**ONCO - HEMATOLOGÍA**

**UNIDAD DE CANCER**

**ESQUEMA DE TRATAMIENTO**

**CAPECITABINA ADYUVANTE**



A  
13  
115

N° CICLO:

TOTAL:

PACIENTE:

EDAD:

SERVICIO: ONCOLOGIA

H.CI.:

FECHA:

Diagnóstico:

Peso:

Talla:

SC:

DIA:

CAPECITABINA	DÍA 2-15	TOMAR ____ TAB VIA ORAL CADA 24 HORAS POR 14 DÍA(S) 1 HORA DESPUES DEL DESAYUNO CON UN VASO DE AGUA
		TOMAR ____ TAB VIA ORAL CADA 24 HORAS POR 14 DÍA(S) 1 HORA DESPUES DE LA CENA CON UN VASO DE AGUA

TRATAMIENTO EN CASA	DIMENHIDRINATO 50 MG TAB	TOMAR 1 TAB VIA ORAL CONDICIONAL A NAUSEAS Y VOMITOS.
	RANITIDINA 300 MG TAB	TOMAR 1 TAB VIA ORAL CADA 24 HORAS POR 14 DÍA(S) A LAS 9PM.

**TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO**

PARACETAMOL 500 MG TAB	VO	2 TABLETAS	SI HAY DOLOR MODERADO
LACTULOSA 3.33% JAR	VO	20 CC Ó 4 CDAS	SI HAY ESTREÑIMIENTO > 1 DÍA
SIMETICONA 80 MG/ML GOTS	VO	30 GOTAS	TOMAR 3 VECES / DÍA (HASTA REALIZAR DEPOSICIONES)
FEC 300 UGR AMP	SC		DESPUÉS DE COMIDAS → GASES
			A PARTIR DEL 2DO DÍA DE QUIMIOTERAPIA

EXÁMENES de LABORATORIO	
PROXIMA CITA	

**MÉDICO TRATANTE**  
Firma y sello

ACUDIR A LA EMERGENCIA SI:

Fiebre > 38.5° persistente, Diarrea c/ sangre, Vómitos que no paran, sangrados sin motivo

## ANOTACIONES MÉDICAS

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

## ANOTACIONES ENFERMERIA

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

B  
12  
114



**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**  
**MEDICINA II**  
**ONCO - HEMATOLOGÍA**  
**UNIDAD DE CANCER**



**ESQUEMA DE TRATAMIENTO: CAPOX**

N° CICLO:  
TOTAL:

PACIENTE: EDAD:  
SERVICIO: ONCOLOGIA H.C.I.: FECHA:  
Diagnóstico:  
Peso: Talla: SC:

**Pre QT: PREMEDICACIÓN**

ANTIEMESIS	CLNA 0.9 % 500 ML	EV 1 HR	DÍA:
	RANITIDINA 50 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN	
	DEXAMETASONA 12 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN	
	ONDANSETRON 16 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN	
	DEXTROSA 5% 125 MG	EV PRE OXALIPLATINO	
	DEXTROSA 5% 125 MG	EV POST OXALIPLATINO	

TRATAMIENTO ESPECIFICO	OXALIPLATINO ____ MG + DEXTROSA 1 LTR	EV EN 2 HOR.
------------------------	---------------------------------------	--------------

TRATAMIENTO EN CASA	CAPECITABINA Día 2-15	TOMAR ____ TAB VIA ORAL CADA 24 HORAS POR 14 DIA(S) 1 HORA DESPUES DEL DESAYUNO CON UN VASO DE AGUA
	DIMENHIDRINATO 50 MG TAB	TOMAR ____ TAB VIA ORAL CADA 24 HORAS POR 14 DIA(S) 1 HORA DESPUES DE LA CENA CON UN VASO DE AGUA
	RANITIDINA 300 MG TAB	TOMAR 1 TAB VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 14 DIA(S) 30 MIN. ANTES DEL DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA .
		TOMAR 1 TAB VIA ORAL CADA 24 HORAS POR 14 DIA(S) A LAS 9PM.

**TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO**

PARACETAMOL 500 MG TAB	VO	2 TABLETAS	SI HAY DOLOR MODERADO
LACTULOSA 3.33% JAR	VO	20 CC Ó 4 CDAS	SI HAY ESTREÑIMIENTO > 1 DÍA
SIMETICONA 80 MG/ML GOTS	VO	30 GOTAS	TOMAR 3 VECES / DÍA (HASTA REALIZAR DEPOSICIONES)
FEC 300 UGR AMP	SC		DESPUÉS DE COMIDAS → GASES
			A PARTIR DEL 2DO DIA DE QUIMIOTERAPIA

EXÁMENES de LABORATORIO	
PROXIMA CITA	

**MÉDICO TRATANTE**  
Firma y sello

ACUDIR A LA EMERGENCIA SI:  
Fiebre > 38.5° persistente, Diarrea c/ sangre, Vómitos que no paran, sangrados sin motivo

### ANOTACIONES MÉDICAS

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

### ANOTACIONES ENFERMERIA

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MEDICINA II**

**ONCO - HEMATOLOGÍA**  
**UNIDAD DE CANCER**



**ESQUEMA DE TRATAMIENTO: AC**

N° CICLO:  
TOTAL:

PACIENTE:  
SERVICIO: ONCOLOGIA  
Diagnóstico:

EDAD:  
H.CI.:  
FECHA:

Peso: Talla: SC:

**Pre QT: PRÊMEDIACIÓN**

ANTIEMESIS	CLNA 0.9 % 1000 ML	EV EN 1 HOR.
	RANITIDINA 50 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN
	CLORFENAMINA 10MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN
	DEXAMETASONA 12 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN.
	ONDANSETRON 16 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN.

DIA:

TRATAMIENTO ESPECIFICO	ADRIAMICINA ____ MG + CLNA 0.9 % 250 ML	EV EN 30 MIN
	CICLOFOSFAMIDA ____ MG + CLNA 0.9 % 250 ML	EV EN 30 MIN

TRATAMIENTO EN CASA	RANITIDINA 300 MG TAB	TOMAR 1 TAB VÍA ORAL CADA 24 HORAS POR 10 DÍA(S) A LAS 9PM.
	ONDANSETRON (COMO CLORHIDRATO) 8 MG TAB	TOMAR 1 TAB VÍA ORAL CADA 12 HORAS POR 5 DÍA(S) 30 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO Y CENA
	DIMENHIDRINATO 50 MG TAB	TOMAR 1 TAB VÍA ORAL CONDICIONAL A NAUSEAS

**TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO**

PARACETAMOL 500 MG TAB	VO	2 TABLETAS	SI HAY DOLOR MODERADO
LACTULOSA 3.33% JAR	VO	20 CC Ó 4 CDAS	SI HAY ESTREÑIMIENTO > 1 DÍA
SIMETICONA 80 MG/ML GOTS	VO	30 GOTAS	TOMAR 3 VECES / DÍA (HASTA REALIZAR DEPOSICIONES)
FEC 300 UGR AMP	SC		DESPUÉS DE COMIDAS → GASES
			A PARTIR DEL 2DO DÍA DE QUIMIOTERAPIA

EXÁMENES de LABORATORIO	
PROXIMA CITA	

**MÉDICO TRATANTE**  
Firma y sello

ACUDIR A LA EMERGENCIA SI:  
Fiebre > 38.5° persistente, Diarrea c/ sangre, Vómitos que no paran, sangrados sin motivo

### ANOTACIONES MÉDICAS

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

## ANOTACIONES ENFERMERIA

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MEDICINA II**

**ONCO - HEMATOLOGÍA**

**UNIDAD DE CANCER**

**ESQUEMA DE TRATAMIENTO**

**GEMCITABINA/CISPLATINO DIA 1 Y 8 VIA BILIAR**



PACIENTE:  
SERVICIO: ONCOLOGIA  
DIAGNÓSTICO:

EDAD:

H.CL.:

FECHA:

Peso:

Talla:

SC:

N° CICLO:

TOTAL:

**Pre QT: PREMEDICACIÓN**

ANTIEMESIS DIA 1	CLNA 0.9 % 1000 ML	EV 2 HRS
	RANITIDINA 50 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN. PRE-QT
	CLORFENAMINA 10 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN. PRE-QT
	DEXAMETASONA 12 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN. PRE-QT
	ONDANSETRON 16 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN. PRE-QT

DIA:

TRATAMIENTO ESPECIFICO DIA 1	CISPLATINO ____ MG + MAGNESIO SULFATO 20 ML + MANITOL 20% 100 ML + CLNA 0.9% 500 ML	EV EN 2 HORAS
	CLNA 0.9 % 1000 ML POST PLATINO	EV EN 1 HORA
	GEMCITABINA ____ MG + CLNA 0.9 % 500 ML	EV EN 30 MIN

**Pre QT: PREMEDICACIÓN**

ANTIEMESIS DIA 8	CLNA 0.9 % 1000 ML	EV 2 HRS
	RANITIDINA 50 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN. PRE-QT
	CLORFENAMINA 10 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN. PRE-QT
	DEXAMETASONA 12 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN. PRE-QT
	ONDANSETRON 16 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN. PRE-QT

DIA:

TRATAMIENTO ESPECIFICO DIA 8	CISPLATINO ____ MG + MAGNESIO SULFATO 20 ML + MANITOL 20% 100 ML + CLNA 0.9% 500 ML	EV EN 2 HORAS
	CLNA 0.9 % 1000 ML POST PLATINO	EV EN 1 HORA
	GEMCITABINA ____ MG + CLNA 0.9 % 500 ML	EV EN 30 MIN

TRATAMIENTO EN CASA	OMEPRAZOL 20 MG CAP	TOMAR 1 TAB VIA ORAL CADA 24 HORAS POR 15 DIA(S) EN AYUNAS
	ONDANSETRON (COMO CLORHIDRATO) 8 MG TAB	TOMAR 1 TAB VIA ORAL CADA 12 HORAS POR 5 DIA(S) 30 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO Y CENA
	DIMENHIDRINATO 50 MG TAB	TOMAR 1 TAB VIA ORAL 30 MINUTOS ANTES DE LAS COMIDAS, CONDICIONAL A NAUSEAS

## TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO

PARACETAMOL 500 MG TAB	VO	2 TABLETAS	SI HAY DOLOR MODERADO
LACTULOSA 3.33% JAR	VO	20 CC Ó 4 CDAS	SI HAY ESTREÑIMIENTO > 1 DÍA TOMAR 3 VECES / DÍA (HASTA REALIZAR DEPOSICIONES)
SIMETICONA 80 MG/ML GOTS	VO	30 GOTAS	DESPUÉS DE COMIDAS → GASES

EXÁMENES de LABORATORIO	
PROXIMA CITA	

**MÉDICO TRATANTE**  
Firma y sello

**ACUDIR A LA EMERGENCIA SI:**

Fiebre > 38.5° persistente, Diarrea c/ sangre, Vómitos que no paran, sangrados sin motivo

## ANOTACIONES MÉDICAS

Blank lined paper with horizontal ruling lines.

## ANOTACIONES ENFERMERIA

Blank lined paper for writing.



**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**  
**MEDICINA II**  
**ONCO - HEMATOLOGÍA**  
**UNIDAD DE CANCER**



**ESQUEMA DE TRATAMIENTO: CARBOPLATINO/ DOCETAXEL**

PACIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
SERVICIO: ONCOLOGÍA H.C.I.: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ SC: \_\_\_\_\_ TFG: \_\_\_\_\_ C: \_\_\_\_\_

N° CICLO: \_\_\_\_\_  
TOTAL: \_\_\_\_\_

**Pre QT: PREMEDICACIÓN**

ANTIEMESIS	CLNA 0.9 % 1000 ML	EV EN 1 HORA
	RANITIDINA 50 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN
	CLORFENAMINA 10MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN
	DEXAMETASONA 12 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN.
	ONDANSETRON 16 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN.

DIA: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO ESPECIFICO	DOCETAXEL _____ MG + CLNA 0.9 % 250 ML	EV EN 1 HORA
	CLNA 0.9 % 400 ML POST DOCETAXEL	EV EN 30 MIN
	CARBOPLATINO (5 AUC) _____ MG + DEXTROSA 5% 500ML	EV EN 1 HORA
	CLNA 0.9 % 300 ML POST CARBOPLATINO	EV EN 30 MIN

TRATAMIENTO EN CASA	OMEPRAZOL 20 MG CAP	TOMAR 1TAB VIA ORAL CADA 24 HORAS POR 7 DIA(S) EN AYUNAS
	PARACETAMOL 500 MG TAB	CONDICIONAL A DOLOR
	ONDANSETRON 8 MG TAB	TOMAR 1 TAB VIA ORAL CADA 12 HORAS POR 5 DIA(S) 30 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO Y CENA
	DIMENHIDRINATO 50 MG TAB	TOMAR 1 TAB VIA ORAL CONDICIONAL A NAUSEAS

**TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO**

PARACETAMOL 500 MG TAB	VO	2 TABLETAS	SI HAY DOLOR MODERADO
LACTULOSA 3.33% JAR	VO	20 CC Ó 4 CDAS	SI HAY ESTREÑIMIENTO > 1 DÍA
SIMETICONA 80 MG/ML GOTS	VO	30 GOTAS	TOMAR 3 VECES / DÍA (HASTA REALIZAR DEPOSICIONES)
FEC 300 UGR AMP	SC		DESPUÉS DE COMIDAS → GASES
			A PARTIR DEL 2DO DIA DE QUIMIOTERAPIA

EXÁMENES de LABORATORIO	
PROXIMA CITA	

**MÉDICO TRATANTE**  
Firma y sello

ACUDIR A LA EMERGENCIA SI:  
Fiebre > 38.5° persistente, Diarrea c/ sangre, Vómitos que no paran, sangrados sin motivo

## TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO

PARACETAMOL 500 MG TAB	VO	2 TABLETAS	SI HAY DOLOR MODERADO
LACTULOSA 3.33% JAR	VO	20 CC Ó 4 CDAS	SI HAY ESTREÑIMIENTO > 1 DÍA TOMAR 3 VECES / DÍA (HASTA REALIZAR DEPOSICIONES)
SIMETICONA 80 MG/ML GOTS	VO	30 GOTAS	DESPUÉS DE COMIDAS → GASES

EXÁMENES de LABORATORIO	
PROXIMA CITA	

**MÉDICO TRATANTE**  
Firma y sello

ACUDIR A LA EMERGENCIA SI:

Fiebre > 38.5° persistente, Diarrea c/ sangre, Vómitos que no paran, sangrados sin motivo

## ANOTACIONES MÉDICAS

Blank lined paper with horizontal ruling lines.

## ANOTACIONES ENFERMERIA

Blank lined paper for writing.



**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**  
**MEDICINA II**  
**ONCO - HEMATOLOGÍA**  
**UNIDAD DE CANCER**



08  
F  
110

**ESQUEMA DE TRATAMIENTO: TRASTUZUMAB**

PACIENTE:  
SERVICIO: ONCOLOGIA  
Diagnóstico:

EDAD:  
H.CI.:

FECHA:

N° CICLO:  
TOTAL:

Peso:                      Talla:                      SC:

ANTIEMESIS	CLNA 0.9 % 500 ML	EV EN 1 HOR.
	RANITIDINA 50 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN
	CLORFENAMINA 10MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN
	PARACETAMOL 500MG: 2TAB	PRE TRASTUZUMAB

DIA:

TRATAMIENTO ESPECIFICO	TRASTUZUMAB ____ MG + CLNA 0.9 % 250 MILILITRO	EV EN 1 HORA
------------------------	--	--------------

TRATAMIENTO EN CASA	PARACETAMOL 500 MG TAB	TOMAR 1 TAB VIA ORAL CONDICIONAL A DOLOR O FIEBRE
---------------------	------------------------	---

EXÁMENES DE LABORATORIO	
PROXIMA CITA	

**MÉDICO TRATANTE**  
Firma y sello

ACUDIR A LA EMERGENCIA SI:  
Fiebre > 38.5° persistente, Diarrea c/ sangre, Vómitos que no paran, sangrados sin motivo

## ANOTACIONES MÉDICAS

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

## ANOTACIONES ENFERMERIA

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MEDICINA II**  
**ONCO - HEMATOLOGÍA**  
**UNIDAD DE CANCER**



**ESQUEMA DE TRATAMIENTO: CARBOPLATINO**

N° CICLO:  
TOTAL:

PACIENTE: EDAD:  
SERVICIO: ONCOLOGIA H.CI.: FECHA:  
Diagnóstico:  
Peso: Talla: SC:

**Pre QT: PREMEDICACIÓN**

ANTIEMESIS	CLNA 0.9 % 1000 ML	EV EN 1 HR
	RANITIDINA 50 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN
	CLORFENAMINA 10 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN
	DEXAMETASONA 12 MG + CLNA 0.9 % 100 M	EV EN 10 MIN
	ONDANSETRON 16 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN

DÍA:

TRATAMIENTO ESPECIFICO	CARBOPLATINO ( AUC) _____MG + DEXTROSA 5% 500ML	EV EN 1 HR.
------------------------	---	-------------

TRATAMIENTO EN CASA	RANITIDINA 300 MG TAB	TOMAR 1TAB VIA ORAL CADA 24 HORAS POR 7 DIA(S) A LAS 9PM.
	ONDANSETRON (COMO CLORHIDRATO) 8 MG TAB	TOMAR 1 TAB VIA ORAL CADA 12 HORAS POR 5 DIA(S) 30 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO Y CENA
	DIMENHIDRINATO 50 MG TAB	TOMAR 1 TAB VIA ORAL CONDICIONAL A NAUSEAS

**TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO**

PARACETAMOL 500 MG TAB	VO	2 TABLETAS	SI HAY DOLOR MODERADO
LACTULOSA 3.33% JAR	VO	20 CC Ó 4 CDAS	SI HAY ESTREÑIMIENTO > 1 DÍA
SIMETICONA 80 MG/ML GOTS	VO	30 GOTAS	TOMAR 3 VECES / DÍA (HASTA REALIZAR DEPOSICIONES)
FEC 300 UGR AMP	SC		DESPUÉS DE COMIDAS → GASES
			A PARTIR DEL 2DO DIA DE QUIMIOTERAPIA

EXÁMENES de LABORATORIO	
PROXIMA CITA	

**MÉDICO TRATANTE**  
Firma y sello

ACUDIR A LA EMERGENCIA SI:  
Fiebre > 38.5° persistente, Diarrea c/ sangre, Vómitos que no paran, sangrados sin motivo

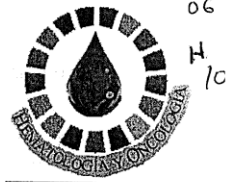
## ANOTACIONES MÉDICAS

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

## ANOTACIONES ENFERMERIA

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

**ESQUEMA DE TRATAMIENTO**  
**CARBOPLATINO/PACLITAXEL**



ANTIEMESIS	CLNA 0.9 % 1000 ML	EV EN 1 HOR.
	RANITIDINA 50 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN
	CLORFENAMINA 10MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN
	DEXAMETASONA 12 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN.
	ONDANSETRON 16 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN.

TRATAMIENTO ESPECIFICO	PACLITAXEL __ MG + CLNA 0.9 % 1000 ML	EV EN 3 HRS
	CLNA 0.9 % 400 ML POST PACLITAXEL	EV 30 MIN
	CARBOPLATINO ( AUC) __MG + DEXTROSA 5% 500ML	EV EN 1 HR.
	CLNA 0.9 % 300 ML POST CARBOPLATINO	EV 30 MIN

TRATAMIENTO EN 07-09-2022	OMEPRAZOL 20 MG CAP	TOMAR 1 TAB VIA ORAL CADA 24 HORAS POR 15 DIA(S) EN AYUNAS
	ONDANSETRON (COMO CLORHIDRATO) 8 MG TAB	TOMAR 1 TAB VIA ORAL CADA 12 HORAS POR 5 DIA(S) 30 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO Y CENA
	DIMENHIDRINATO 50 MG TAB	TOMAR 1 TAB VIA ORAL CONDICIONAL A NAUSEAS

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO

PARACETAMOL 500 MG TAB	VO	2 TABLETAS	SI HAY DOLOR MODERADO
LACTULOSA 3.33% JAR	VO	20 CC Ó 4 CDAS	SI HAY ESTREÑIMIENTO > 1 DÍA
SIMETICONA 80 MG/ML GOTS	VO	30 GOTAS	TOMAR 3 VECES / DÍA (HASTA REALIZAR DEPOSICIONES) DESPUÉS DE COMIDAS → GASES

EXÁMENES de LABORATORIO	
PROXIMA CITA	

Fiebre > 38.5° persistente, Diarrea c/ sangre, Vómitos que no paran, sangrados sin motivo

## ANOTACIONES MÉDICAS

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

## ANOTACIONES ENFERMERIA

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MEDICINA II**  
**ONCO - HEMATOLOGÍA**  
**UNIDAD DE CANCER**



**ESQUEMA DE TRATAMIENTO: DOCETAXEL**

PACIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
SERVICIO: ONCOLOGIA H.Cl.: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ SC: \_\_\_\_\_

N° CICLO: \_\_\_\_\_  
TOTAL: \_\_\_\_\_

**Pre QT: PREMEDICACIÓN**

ANTIEMESIS	CLNA 0.9 % 1000 ML	EV EN 1 HOR.
	RANITIDINA 50 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN
	CLORFENAMINA 10MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN
	DEXAMETASONA 12 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN.
	ONDANSETRON 16 MG + CLNA 0.9 % 100 ML	EV EN 10 MIN.

DIA: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO ESPECIFICO	DOCETAXEL _____ MG + CLNA 0.9 % 250 ML	EV EN 1 HORA
------------------------	--	--------------

TRATAMIENTO EN CASA	RANITIDINA 300 MG TAB	TOMAR 1 TAB VIA ORAL CADA 24 HORAS POR 10 DIA(S) A LAS 9PM.
	DIMENHIDRINATO 50 MG TAB	TOMAR 1 TAB VIA ORAL CONDICIONAL A NAUSEAS

**TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO**

PARACETAMOL 500 MG TAB	VO	2 TABLETAS	SI HAY DOLOR MODERADO
LACTULOSA 3.33% JAR	VO	20 CC Ó 4 CDAS	SI HAY ESTREÑIMIENTO > 1 DÍA
SIMETICONA 80 MG/ML GOTS	VO	30 GOTAS	TOMAR 3 VECES / DÍA (HASTA REALIZAR DEPOSICIONES)
FEC 300 UGR AMP	SC		DESPUÉS DE COMIDAS → GASES
			A PARTIR DEL 2DO DIA DE QUIMIOTERAPIA

EXÁMENES de LABORATORIO	
PROXIMA CITA	

**MÉDICO TRATANTE**  
Firma y sello

ACUDIR A LA EMERGENCIA SI:  
Fiebre > 38.5° persistente, Diarrea c/ sangre, Vómitos que no paran, sangrados sin motivo

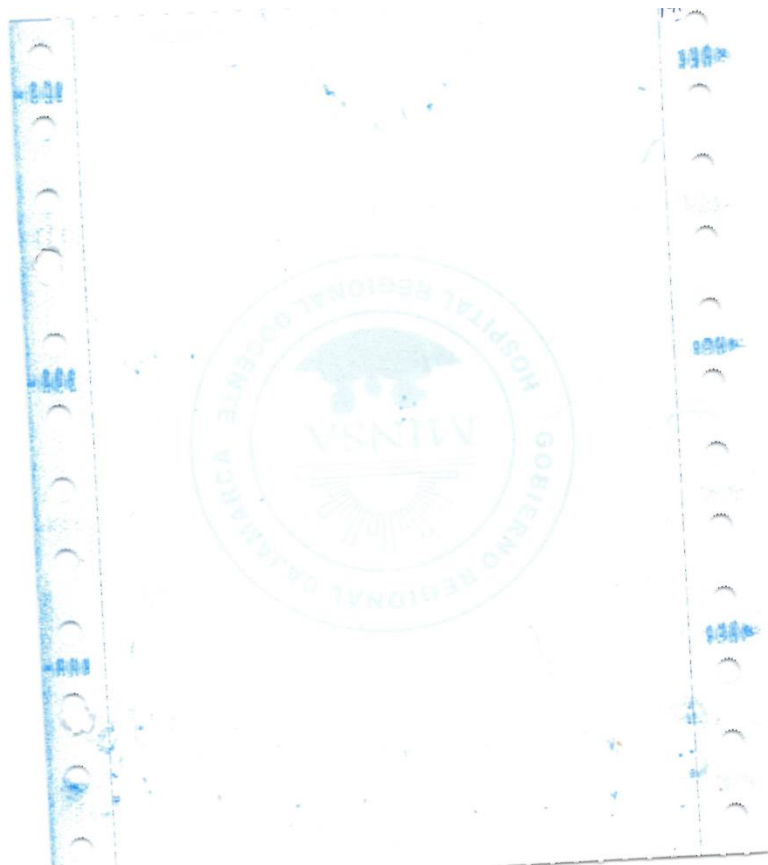
## ANOTACIONES MÉDICAS

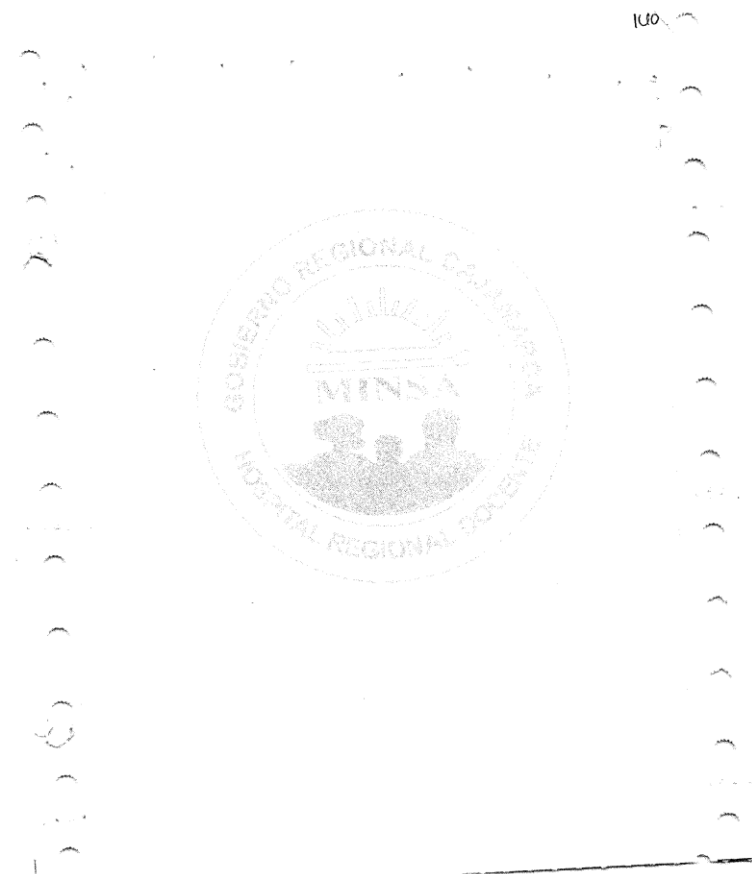
[illegible]

## ANOTACIONES ENFERMERIA

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.







Cajamarca, 12 de Febrero del 2011





PERÚ Ministerio de Salud

## FICHA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

N° DE FICHA

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

FECHA Hora

/	/	:			
---	---	---	--	--	--

ÁREA DE REFERENCIA:

Urgencia y Emergencia  
Internamiento/Hospitalización  
Servicios Médicos de Apoyo  
Consulta Externa

Red de Servicios

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

### EE SS ORIGEN DE LA REFERENCIA

### EE SS DESTINO DE LA REFERENCIA

NOMBRE	HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA	NOMBRE	
CATEGORÍA	II - 2	CATEGORÍA	
DISTRITO	CAJAMARCA	DISTRITO	
PROVINCIA	CAJAMARCA	PROVINCIA	
DEPARTAMENTO	CAJAMARCA	DEPARTAMENTO	

### I.- DATOS DEL USUARIO:

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		DNI	HIJO N
SEXO	Años	Edad	Meses	Días	Fecha de Nacimiento	Nro. Historia Clínica	Tipo de Seguro
F M					/ /		
DOMICILIO						TELÉFONO	

### II.- RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis			
Examen Físico	(T)	(PA)	(FC)
Exámenes Auxiliares			
Fecha: / /		Resultado	
Fecha: / /		Resultado	
Diagnóstico	CIE-10	D	P R
1).-.....			
2).-.....			
3).-.....			
Tratamiento			

### III.- DATOS DE LA REFERENCIA:

### MEDIOS DE TRANSPORTE

### MOTIVO DE REFERENCIA


Fecha en que será atendido:		Acuático	
Hora en que será atendido:		Aéreo	
Nombre con quien coord. la aten. (acepta):		Terrestre	
Nombre quien coordinó la referencia		1. ....	
		2. ....	

SERVICIO A REF:	Cirugía General	Gineco Obst	Medicina Interna	Pediatría	Serv.Méd. de Apoyo	Espeifique Otro

Responsable de la Referencia	Personal que acompaña	Personal que recibe	VB Área o Unidad Hospitalaria de Origen
Nombre	Nombre	Nombre	
N° Colegiatura	N° Colegiatura	N° Colegiatura	
Profesión	Profesión	Profesión	
<input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermería <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otros	<input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermería <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otros	<input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermería <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otros	
		Fecha / / Hora: :	
Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello	

Condición del Usuario a la llegada al Establecimiento de Salud de Destino de la Referencia ☐ Estable ☐ Inestable ☐ Fallecido

143

**PERÚ** Ministerio de Salud

**FICHA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL**

FECHA: / / Hora: :

ÁREA DE REFERENCIA: Urgencia y Emergencia  
Internamiento/Hospitalización  
Servicios Médicos de Apoyo  
Consulta Externa

N° DE FICHA: 

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

Red de Servicios: 

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

EE SS ORIGEN DE LA REFERENCIA				EE SS DESTINO DE LA REFERENCIA			
NOMBRE	HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA			NOMBRE			
CATEGORÍA	II - 2			CATEGORÍA			
DISTRITO	CAJAMARCA			DISTRITO			
PROVINCIA	CAJAMARCA			PROVINCIA			
DEPARTAMENTO	CAJAMARCA			DEPARTAMENTO			

**I.- DATOS DEL USUARIO:**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		DNI		HIJO N
SEXO	Años	Edad	Meses	Días	Fecha de Nacimiento	Nro. Historia Clínica	Tipo de Seguro	Código del asegurado
F / M					/ /			
DOMICILIO								TELÉFONO

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

Anamnesis

Examen Físico (T) (PA) (FC) (FR)

Exámenes Auxiliares

Fecha: / / Resultado

Fecha: / / Resultado

Diagnóstico

1).- CIE-10 D P R

2).- CIE-10 D P R

3).- CIE-10 D P R

Tratamiento

**III.- DATOS DE LA REFERENCIA:**

Fecha en que será atendido:

Hora en que será atendido:

Nombre con quien coord. la aten. (acepta):

Nombre quien coordinó la referencia

MEDIOS DE TRANSPORTE

Acuático

Aéreo

Terrestre

MOTIVO DE REFERENCIA

1.

2.

SERVICIO A REF:

Cirugía General

Gineco - Obst

Medicina Interna

Pediatría

Serv.Méd. de Apoyo

Espesifique Otro

Responsable de la Referencia		Personal que acompaña		Personal que recibe		VB Área o Unidad Hospitalaria de Origen
Nombre		Nombre		Nombre		
N° Colegiatura		N° Colegiatura		N° Colegiatura		
Profesión	<input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermería <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otros	Profesión	<input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermería <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otros	Profesión	<input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermería <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otros	
Fecha		Fecha		Fecha		
Hora		Hora		Hora		
Firma y Sello		Firma y Sello		Firma y Sello		

Condición del Usuario a la llegada al Establecimiento de Salud de Destino de la Referencia

☐ Estable

☐ Inestable

☐ Fallecido

147

**PERÚ**

Ministerio de Salud

**FICHA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL**

N° DE FICHA

--	--	--	--

FECHA

--	--	--

Hora

--	--

ÁREA DE REFERENCIA:

Urgencia y Emergencia	<input type="checkbox"/>
Internamiento/Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Servicios Médicos de Apoyo	<input type="checkbox"/>
Consulta Externa	<input type="checkbox"/>

**EE SS ORIGEN DE LA REFERENCIA**

NOMBRE	HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA
CATEGORÍA	II - 2
DISTRITO	CAJAMARCA
PROVINCIA	CAJAMARCA
DEPARTAMENTO	CAJAMARCA

**EE SS DESTINO DE LA REFERENCIA**

NOMBRE	
CATEGORÍA	
DISTRITO	
PROVINCIA	
DEPARTAMENTO	

**I.- DATOS DEL USUARIO:**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	DNI	HIJO N
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SEXO	Años	Edad	Meses	Días	Fecha de Nacimiento	Nro. Historia Clínica	Tipo de Seguro	Código del asegurado
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOMICILIO	TELÉFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Anamnesis

Examen Físico (T)  (PA)  (FC)  (FR)

Exámenes Auxiliares

Fecha: / / Resultado

Fecha: / / Resultado

Diagnóstico

1).- <input type="text"/>	CIE-10	D	P	R
2).- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3).- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tratamiento

**III.- DATOS DE LA REFERENCIA:**

<p>Fecha en que será atendido:</p> <p>Hora en que será atendido:</p> <p>Nombre con quien coord. la aten. (acepta):</p> <p>Nombre quien coordinó la referencia</p>	<p><b>MEDIOS DE TRANSPORTE</b></p> <p>Acuático <input type="checkbox"/></p> <p>Aéreo <input type="checkbox"/></p> <p>Terrestre <input type="checkbox"/></p>	<p><b>MOTIVO DE REFERENCIA</b></p> <p>1. <input type="text"/></p> <p>2. <input type="text"/></p>
---	---	--

SERVICIO A REF: Cirugía General ☐ Gineco - Obst ☐ Medicina Interna ☐ Pediatría ☐ Serv.Méd. de Apoyo ☐ Espesifique Otro

<p><b>Responsable de la Referencia</b></p> <p>Nombre <input type="text"/></p> <p>N° Colegiatura <input type="text"/></p> <p>Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermería <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otros</p>	<p><b>Personal que acompaña</b></p> <p>Nombre <input type="text"/></p> <p>N° Colegiatura <input type="text"/></p> <p>Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermería <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otros</p>	<p><b>Personal que recibe</b></p> <p>Nombre <input type="text"/></p> <p>N° Colegiatura <input type="text"/></p> <p>Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermería <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otros</p> <p>Fecha <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Hora: <input type="text"/> :</p>	<p><b>VB Área o Unidad Hospitalaria de Origen</b></p> <p><input type="text"/></p>
Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello	

Condición del Usuario a la llegada al Establecimiento de Salud de Destino de la Referencia ☐ Estable ☐ Inestable ☐ Fallecido



PERU Ministerio de Salud

ANEXO 2.4

0011452

N° DE FICHA

1. DATOS GENERALES:

FECHA

Hora:

/ /

:

Red de Servicios

FICHA DE CONTRAREFERENCIA INSTITUCIONAL

EE. SS. ORIGEN DE LA CONTRAREFERENCIA		EE. SS. DESTINO DE LA CONTRAREFERENCIA	
NOMBRE	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA	NOMBRE	
CATEGORÍA	II - 2	CATEGORÍA	
DISTRITO	CAJAMARCA	DISTRITO	
PROVINCIA	CAJAMARCA	PROVINCIA	

2. DATOS DEL USUARIO:

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		DNI	Hijo N°	
SEXO	Años	Edad	Meses	Días	Fecha de Nacimiento	Nro. Historia Clínica	Tipo de Seguro	Código del Asegurado
F M					/ /			
DOMICILIO								TELÉFONO

3. RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE INGRESO

/ /

FECHA DE EGRESO

/ /


Diagnóstico de Ingreso	
Diagnóstico de Egreso	
Tratamiento y/o procedimiento realizado	

4. DATOS DE LA CONTRAREFERENCIA:

Calificación de la Referencia		Justificada <input type="radio"/>	Injustificada <input type="radio"/>
SERVICIO QUE CONTRAREFERIÉ: Cirugía General <input type="radio"/> Gineco-Obst. <input type="radio"/> Medicina Interna <input type="radio"/> Pediatría <input type="radio"/> Serv. Méd. de Apoyo <input type="radio"/> Especifique Otro <input type="text"/>			
Recomendaciones e indicaciones para el seguimiento			
Condición del Usuario para la Contrareferencia <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Fallecido			
Responsable de la contrareferencia		Personal que recibe	
Nombre		Nombre	
N° Colegiatura		N° Colegiatura	
Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Otro.		Profesión	
		Fecha / /	
		Hora: :	
Firma y Sello		Firma y Sello	
		VB Área o Unidad Hospitalaria de Origen	
		VB Área o Unidad Hospitalaria de Destino	

13

144



PERÚ Ministerio de Salud

ANEXO 2.4

0011452  
N° DE FICHA

### FICHA DE CONTRAREFERENCIA INSTITUCIONAL

**1. DATOS GENERALES:**

FECHA: / / Hora: :

Red de Servicios:

EE. SS. ORIGEN DE LA CONTRAREFERENCIA				EE. SS. DESTINO DE LA CONTRAREFERENCIA			
NOMBRE	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA			NOMBRE			
CATEGORÍA	II - 2			CATEGORÍA			
DISTRITO	CAJAMARCA			DISTRITO			
PROVINCIA	CAJAMARCA			PROVINCIA			

**2. DATOS DEL USUARIO:**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		DNI		Hijo N°	
SEXO	Años	Edad Meses	Días	Fecha de Nacimiento	Nro. Historia Clínica	Tipo de Seguro	Código del Asegurado		
F M				/ /					
DOMICILIO								TELÉFONO	

**3. RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

FECHA DE INGRESO: / / FECHA DE EGRESO: / /

Diagnóstico de Ingreso	
Diagnóstico de Egreso	CIE D P R
Tratamiento y/o procedimiento realizado	

**4. DATOS DE LA CONTRAREFERENCIA:**

Calificación de la Referencia: ☒ Justificada ☐ Injustificada

SERVICIO QUE CONTRAREFERIERE: Cirugía General ☐ Gineco-Obst. ☐ Medicina Interna ☐ Pediatría ☐ Serv. Méd. de Apoyo ☐ Especifique Otro:

Recomendaciones e indicaciones para el seguimiento:

Condición del Usuario para la Contrareferencia: ☐ Estable ☐ Inestable ☐ Fallecido

Responsable de la contrareferencia		Personal que recibe		VB Área o Unidad Hospitalaria de Origen
Nombre		Nombre		
N° Colegiatura		N° Colegiatura		
Profesión	<input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Obstetriz <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Otro.	Profesión		
		Fecha	/ /	VB Área o Unidad Hospitalaria de Destino
		Hora:	:	
Firma y Sello		Firma y Sello		

143

FORMATO DE ATENCIÓN EN BANCO DE SANGRE Y HEMOTERAPIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

CODIGO SIS: \_\_\_\_\_

	IND	EJE	Dx
Obtención, procesamiento y almacenamiento de hemocomponentes (Paquete Globular, Plasma Fresco Congelado, Plaquetas y Crioprecipitado)			
DONANTE			
Grupo Sanguíneo ABO (en lámina)			
Tipificación de subgrupo "A"			
Factor Rh (en lámina)			
Variante Du			
Hemoglobina - Hematocrito			
TAMIZAJE (METODOLOGIA ELISA)			
Anticore total Hepatitis B			
Antígeno de superficie Hepatitis B			
Anti HCV (virus de la hepatitis C)			
Anti TP (Treponema Pallidum)			
Anti Chagas			
HIV 1y2 (de cuarta generación)			
Anti HTLV 1 Y 2			
PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD			
Grupo Sanguíneo ABO (en tubo) del receptor			
Factor Rh (en lámina) del receptor			
Tipificación de Sub grupo A del receptor			
Grupo sanguíneo ABO (en lámina) del donante			
Test de Coombs Directo			
Test de Coombs indirecto (autocontrol)			
Test de Coombs Indirecto (Prueba Cruzada Mayor)			
INSUMOS			
Bolsa Simple			
Bolsa Doble			
Bolsa Triple			
Bolsa Cuádruple			
Kit de aféresis			
OTROS			
Sangría terapéutica			
Test de coombs Indirecto			

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE BANCO DE SANGRE Y HEMOTERAPIA

FIRMA Y SELLO DEL PACIENTE Y/O APODERADO

HUELLA DIGITAL



Angos Labs

NOMBRES Y APELLIDOS:.....CAMA N° .....



Apéndice I: Sistema de valoración de la gravedad APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation)

Puntuación APACHE II												
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4			
Tª rectal (°C)	> 40,9	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	< 30			
Pres. arterial media	> 159	130-159	110-129		70-109		50-69		< 50			
Frec. cardíaca	> 179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	< 40			
Frec. respiratoria	> 49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		< 6			
Oxigenación: Si FiO2 0.5 (AaDO2) Si FiO2 < 0.5 (padO2)	> 499	350-499	200-349		< 200							
pH arterial	> 7,69	7,60-7,69		7,50-7,59	7,33-7,49	6-7,0	7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15			
Na plasmático (mmol/l)	> 179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	< 111			
K plasmático (mmol/l)	> 6,9	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		< 2,5			
Creatinina* (mg/dl)	> 3,4	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		< 0,6					
Hematocrito (%)	> 59,9		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		< 20			
Leucocitos (x 1000)	> 39,9		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		< 1			
Suma de puntos APS												
Total APS												
15 - GCS												
EDAD	Puntuación	ENFERMEDAD CRÓNICA		Puntos APS (A)		Puntos GCS (B)	Puntos Edad (C)	Puntos enfermedad previa (D)				
< 44	0	Postoperatorio programado	2									
45 -54	2	Postoperatorio urgente o Médico	3									
55 - 64	3											
65 - 74	5											
> 75	6											
Total Puntos APACHE II (A+B+C+D)												
Enfermedad crónica:												
Hepática: cirrosis (biopsia) o hipertensión portal o episodio previo de fallo hepático												
Cardiovascular: Dismea o angina de reposo (clase IV de la NYHA)												
Respiratoria: EPOC grave, con hipercapnia, politemia o hipertensión pulmonar												
Renal: diálisis crónica												
Inmunocomprometido: tratamiento inmunosupresor inmunodeficiencia crónicos												

\*Creatinina: Doble puntuación si ERA



*Balance de ingresos y egresos metabólicos por personal técnico de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)*

CAMA	CAMA 300			CAMA 301			CAMA 302			CAMA 303			CAMA 304			CAMA 305		
	Diuresis	Deposición	Dieta	Diuresis	Deposición	Dieta	Diuresis	Deposición	Dieta	Diuresis	Deposición	Dieta	Diuresis	Deposición	Dieta	Diuresis	Deposición	Dieta
HORA																		
8:00 a.m.																		
9:00 a.m.																		
10:00 a.m.																		
11:00 a.m.																		
12:00 a.m.																		
1:00 p.m.																		
2:00 p.m.																		
3:00 p.m.																		
4:00 p.m.																		
5:00 p.m.																		
6:00 p.m.																		
7:00 p.m.																		
8:00 p.m.																		
9:00 p.m.																		
10:00 p.m.																		
11:00 p.m.																		
12:00 p.m.																		
1:00 a.m.																		
2:00 a.m.																		
3:00 a.m.																		
4:00 a.m.																		
5:00 a.m.																		
6:00 a.m.																		
7:00 a.m.																		
8:00 a.m.																		
Drainaje de herida operatoria																		

154

### 3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

B.	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 300,000.00 TRESCIENTOS MIL CON 00/100 SOLES, por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/ 55,000.00 (CINCUENTA Y CINCO MIL CON 00/100 SOLES), por la venta de bienes 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 bienes similares a los siguientes: Venta de formatería en general y/o servicio.</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 compra, 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>12</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 suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva “Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”, debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en</p>

<sup>12</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 fehaciencia en relación a que se encuentra cancelado. Admitir ello equivaldría a considerar como válida la sola declaración del postor afirmando que el comprobante de pago ha sido cancelado”*

*(...)*

*“Situación diferente se suscita ante el sello colocado por el cliente del postor [sea utilizando el término “cancelado” o “pagado”] supuesto en el cual sí se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia”.*

caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.

Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el **Anexo N° 9**.

Cuando en los contratos, órdenes de compra 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 compra 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**

*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**

- Sicomo 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 las Especificaciones Técnicas 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 las características y/o requisitos funcionales. 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> Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.</p> <p><u>Acreditación:</u> 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>80 puntos</b></p>

OTROS FACTORES DE EVALUACIÓN	20 puntos
<b>B. PLAZO DE ENTREGA<sup>13</sup></b>	
<p><u>Evaluación:</u> Se evaluará en función al plazo de entrega ofertado, el cual debe mejorar el plazo de entrega establecido en las Especificaciones Técnicas.</p> <p><u>Acreditación:</u> Se acreditará mediante la presentación de declaración jurada de plazo de entrega. (<b>Anexo N° 4</b>)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>Importante</b></p> <p><i>En el caso de la modalidad de ejecución llave en mano el plazo de entrega incluye además la instalación y puesta en funcionamiento.</i></p> </div>	<p>De 40 hasta 59 días calendario: <b>20 puntos</b></p> <p>De 60 hasta 79 días calendario: <b>15 puntos</b></p> <p>De 80 hasta 90 días calendario: <b>10 puntos</b></p>

**Importante**

<sup>13</sup> Este factor podrá ser consignado cuando del expediente de contratación se advierta que el plazo establecido para la entrega de los bienes admite reducción. para lo cual deben establecerse rangos razonables para la asignación de puntaje, esto es que no suponga un riesgo de incumplimiento contractual y que represente una mejora al plazo establecido.

*Los factores de evaluación elaborados por el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, son objetivos y guardan vinculación, razonabilidad y proporcionalidad con el objeto de la contratación. Asimismo, estos no pueden calificar con puntaje el cumplimiento de las Especificaciones Técnicas ni los requisitos de calificación.*

## 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 de [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA CONVOCATORIA], que celebra de una parte [CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD], 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 o el comité de selección, según corresponda, adjudicó la buena pro de la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]** para la contratación de [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA CONVOCATORIA], 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 [CONSIGNAR EL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN].

### **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 bien, 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 de la prestación materia del presente contrato.

### **CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO<sup>14</sup>**

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en [INDICAR MONEDA], en [INDICAR EL DETALLE DEL PAGO ÚNICO O PAGOS A CUENTA, SEGÚN CORRESPONDA], 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

<sup>14</sup> En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

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 bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

En caso de retraso en el pago por parte de LA ENTIDAD, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, EL CONTRATISTA tendrá derecho al pago de intereses legales conforme a lo establecido en el artículo 39 de la Ley de Contrataciones del Estado y en el artículo 171 de su Reglamento, los que se computan desde la oportunidad en que el pago debió efectuarse.

#### **CLÁUSULA QUINTA: DEL PLAZO DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN**

El plazo de ejecución del presente contrato es de [.....], el mismo que se computa desde [CONSIGNAR SI ES DEL DÍA SIGUIENTE DEL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO, DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE ÚLTIMO CASO. EN LA MODALIDAD DE LLAVE EN MANO DETALLAR EL PLAZO DE ENTREGA, SU INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO].

#### **Importante para la Entidad**

*En el caso de contratación de prestaciones accesorias, se puede incluir la siguiente cláusula:*

#### **CLÁUSULA ...: PRESTACIONES ACCESORIAS<sup>15</sup>**

*“Las prestaciones accesorias tienen por objeto [CONSIGNAR EL OBJETO DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS].*

*El monto de las prestaciones accesorias asciende a [CONSIGNAR MONEDA Y MONTO], que incluye todos los impuestos de Ley.*

*El plazo de ejecución de las prestaciones accesorias es de [.....], el mismo que se computa desde [CONSIGNAR SI ES DEL DÍA SIGUIENTE DEL CUMPLIMIENTO DE LAS PRESTACIONES PRINCIPALES, DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE ÚLTIMO CASO].*

*[DE SER EL CASO, INCLUIR OTROS ASPECTOS RELACIONADOS A LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS].”*

*Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda*

#### **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

<sup>15</sup> De conformidad con la Directiva sobre prestaciones accesorias, los contratos relativos al cumplimiento de la(s) prestación(es) principal(es) y de la(s) prestación(es) accesoria(s), pueden estar contenidos en uno o dos documentos. En el supuesto que ambas prestaciones estén contenidas en un mismo documento, estas deben estar claramente diferenciadas, debiendo indicarse entre otros aspectos, el precio y plazo de cada prestación.

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.

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

- Garantía fiel cumplimiento por prestaciones accesorias: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA]N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE], la misma que debe mantenerse vigente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

#### Importante

*De conformidad con el artículo 152 del Reglamento, no se constituirá garantía de fiel cumplimiento del contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, en contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00). Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no supere el monto señalado anteriormente.*

#### **CLÁUSULA OCTAVA: EJECUCIÓN DE GARANTÍAS POR FALTA DE RENOVACIÓN**

LA ENTIDAD puede solicitar la ejecución de las garantías cuando EL CONTRATISTA no las hubiere renovado antes de la fecha de su vencimiento, conforme a lo dispuesto en el literal a) del numeral 155.1 del artículo 155 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### Importante para la Entidad

*Sólo en el caso que la Entidad hubiese previsto otorgar adelanto, se debe incluir la siguiente cláusula:*

#### **CLÁUSULA NOVENA: ADELANTO DIRECTO**

*“LA ENTIDAD otorgará [CONSIGNAR NÚMERO DE ADELANTOS A OTORGARSE]adelantos directos por el [CONSIGNAR PORCENTAJE QUE NO DEBE EXCEDER DEL 30% DEL MONTO DEL CONTRATO ORIGINAL] del monto del contrato original.*

*EL CONTRATISTA debe solicitar los adelantos dentro de [CONSIGNAR EL PLAZO Y OPORTUNIDAD PARA LA SOLICITUD], adjuntando a su solicitud la garantía por adelantos mediante carta fianza o póliza de caución acompañada del comprobante de pago correspondiente. Vencido dicho plazo no procederá la solicitud.*

*LA ENTIDAD debe entregar el monto solicitado dentro de [CONSIGNAR EL PLAZO]siguientes a la presentación de la solicitud del contratista.”*

*Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda.*

#### **CLÁUSULA DÉCIMA: RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN**

La recepción y conformidad de la prestación se regula por lo dispuesto en el artículo 168 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. La recepción será otorgada por [CONSIGNAR EL ÁREA O UNIDAD ORGÁNICA DE ALMACÉN O LA QUE HAGA SUS VECES]y la conformidad será otorgada por [CONSIGNAR EL ÁREA O UNIDAD ORGÁNICA QUE OTORGARÁ LA CONFORMIDAD]en el plazo máximo de [CONSIGNAR SIETE (7) DÍAS O MÁXIMO QUINCE (15) DÍAS, EN CASO SE REQUIERA EFECTUAR PRUEBAS QUE PERMITAN VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN] días de producida la recepción.

De existir observaciones, LA ENTIDAD las comunica al CONTRATISTA, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar no menor de dos (2) ni mayor de ocho (8) días. Dependiendo de la complejidad o sofisticación de las subsanaciones a realizar el plazo para subsanar no puede ser menor de cinco (5) ni mayor de quince (15) días. Si pese al plazo otorgado, EL CONTRATISTA no cumpliera a cabalidad con la subsanación, LA ENTIDAD puede otorgar al CONTRATISTA periodos adicionales para las correcciones pertinentes. En este

supuesto corresponde aplicar la penalidad por mora desde el vencimiento del plazo para subsanar.

Este procedimiento no resulta aplicable cuando los bienes manifiestamente no cumplan con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso LA ENTIDAD no efectúa la recepción o no otorga la conformidad, según corresponda, debiendo considerarse como no ejecutada la prestación, aplicándose la penalidad que corresponda por cada día de atraso.

#### **CLÁUSULA UNDÉCIMA: DECLARACIÓN JURADA DEL CONTRATISTA**

EL CONTRATISTA declara bajo juramento que se compromete a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento.

#### **CLÁUSULA DUODÉCIMA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS**

La recepción conforme de la prestación por parte de LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 40 de la Ley de Contrataciones del Estado y 173 de su Reglamento.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de [CONSIGNAR TIEMPO EN AÑOS, NO MENOR DE UN (1) AÑO] año(s) contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PENALIDADES**

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

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

Donde:

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

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

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso, y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme el numeral 162.5 del artículo 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### **Importante**

*De haberse previsto establecer penalidades distintas a la penalidad por mora, incluir dichas penalidades, los supuestos de aplicación de penalidad, la forma de cálculo de la penalidad para cada supuesto y el procedimiento mediante el cual se verifica el supuesto a penalizar, conforme el artículo 163 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.*

Estas penalidades se deducen de los pagos a cuenta o del pago final, según corresponda; o si fuera necesario, se cobra del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento.

Estos dos (2) tipos de penalidades pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad por mora o el monto máximo para otras penalidades, de ser el caso, LA ENTIDAD puede resolver el contrato por incumplimiento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMACUARTA: 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 DÉCIMAQUINTA: RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES**

Cuando se resuelva el contrato por causas imputables a algunas de las partes, se debe resarcir los daños y perjuicios ocasionados, a través de la indemnización correspondiente. Ello no obsta la aplicación de las sanciones administrativas, penales y pecuniarias a que dicho incumplimiento diere lugar, en el caso que éstas correspondan.

Lo señalado precedentemente no exime a ninguna de las partes del cumplimiento de las demás obligaciones previstas en el presente contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: ANTICORRUPCIÓN**

EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, el CONTRATISTA se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Además, EL CONTRATISTA se compromete a i) comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

Finalmente, EL CONTRATISTA se compromete a no colocar a los funcionarios públicos con los que deba interactuar, en situaciones reñidas con la ética. En tal sentido, reconoce y acepta la prohibición de ofrecerles a éstos cualquier tipo de obsequio, donación, beneficio y/o gratificación, ya sea de bienes o servicios, cualquiera sea la finalidad con la que se lo haga.

#### **CLÁUSULA DÉCIMASÉTIMA: 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 DÉCIMOCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS<sup>16</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.

<sup>16</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).

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 DÉCIMANOVENA: FACULTAD DE ELEVAR A ESCRITURA PÚBLICA**

Cualquiera de las partes puede elevar el presente contrato a Escritura Pública corriendo con todos los gastos que demande esta formalidad.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA: DOMICILIO PARA EFECTOS DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

Las partes declaran el siguiente domicilio para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente contrato:

DOMICILIO DE LA ENTIDAD: [.....]

DOMICILIO DEL CONTRATISTA: [CONSIGNAR EL DOMICILIO SEÑALADO POR EL POSTOR GANADOR DE LA BUENA PRO AL PRESENTAR LOS REQUISITOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO]

La variación del domicilio aquí declarado de alguna de las partes debe ser comunicada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario.

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>17</sup>.*

<sup>17</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

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

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>18</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 compra<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 postor o Representante legal, según corresponda**

**Importante**

<sup>18</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 cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

<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 compra.

*La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.*

**Importante**

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

**ANEXO N° 1**

**DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR**

Señores

**CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

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>20</sup>	Sí		No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado 2				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE <sup>21</sup>	Sí		No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado ...				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE <sup>22</sup>	Sí		No	
Correo electrónico :				

<sup>20</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 cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento. Para dicho efecto, todos los integrantes del consorcio deben acreditar la condición de micro o pequeña empresa.

<sup>21</sup> Ibídem.

<sup>22</sup> Ibídem.

**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.
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 compra<sup>23</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>23</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 compra.

## ANEXO N° 2

### DECLARACIÓN JURADA (ART. 52 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

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 LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

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 **[CONSIGNAR EL OBJETO DE LA CONVOCATORIA]**, de conformidad con las Especificaciones Técnicas 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 las especificaciones técnicas, 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 ENTREGA

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

Mediante el presente, con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen en las bases del procedimiento de la referencia, me comprometo a entregar los bienes objeto del presente procedimiento de selección en el plazo de [CONSIGNAR EL PLAZO OFERTADO. EN CASO DE LA MODALIDAD DE LLAVE EN MANO DETALLAR EL PLAZO DE ENTREGA, SU INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO].

[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

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

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>24</sup>

**[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]**

2. OBLIGACIONES DE **[NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2]** [ % ]<sup>25</sup>

**[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]**

<sup>24</sup>Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>25</sup>Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

TOTAL OBLIGACIONES

100%<sup>26</sup>

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Consortiado 1**  
**Nombres, apellidos y firma del Consortiado 1**  
**o de su Representante Legal**  
**Tipo y N° de Documento de Identidad**

.....  
**Consortiado 2**  
**Nombres, apellidos y firma del Consortiado 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.*

---

<sup>26</sup> Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

**Importante para la Entidad**

*En caso de la contratación de bienes bajo el sistema a precios unitarios incluir el siguiente anexo:*

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

**ANEXO N° 6**

**PRECIO DE LA OFERTA**

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

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 [CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA] incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del bien 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 TRIBUTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]"*

**Importante para la Entidad**

- En caso de procedimientos según relación de ítems, consignar lo siguiente:  
"El postor puede presentar el precio de su oferta en un solo documento o documentos independientes, en los ítems que se presente".*
- En caso de contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias, consignar lo siguiente:  
"El postor debe detallar en el precio de su oferta, el monto correspondiente a la prestación principal y las prestaciones accesorias".*

*Incluir o eliminar, según corresponda*

**Importante para la Entidad**

*En caso de la contratación de bienes bajo el sistema a suma alzada incluir el siguiente anexo:*

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

**ANEXO N° 6**

**PRECIO DE LA OFERTA**

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

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

CONCEPTO	PRECIO TOTAL
<b>TOTAL</b>	

El precio de la oferta [CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA] incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del bien a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

**Importante**

- El postor debe consignar el precio total de la oferta, sin perjuicio que, de resultar favorecido con la buena pro, presente el detalle de precios unitarios para el perfeccionamiento del contrato.*
- El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:*

*“Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL TRIBUTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]”.*

**Importante para la Entidad**

- En caso de procedimientos según relación de ítems, consignar lo siguiente:  
“El postor puede presentar el precio de su oferta en un solo documento o documentos independientes, en los ítems que se presente”.*
- En caso de contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias, consignar lo siguiente:  
“El postor debe detallar en el precio de su oferta, el monto correspondiente a la prestación principal y las prestaciones accesorias”.*

*Incluir o eliminar, según corresponda*

**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

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

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 cumplo con las condiciones siguientes:

- 1.- Que el domicilio fiscal de la empresa<sup>27</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 tiene producción fuera de la Amazonía.<sup>28</sup>

[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>27</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 aquellas que ejerzan la opción prevista en el Artículo 16 de la Ley del Impuesto a la Renta."

<sup>28</sup>En caso de empresas de comercialización, no consignar esta condición.

[CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

## ANEXO N° 8

### EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores

[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Presente.-

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

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/C / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>29</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>30</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>31</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>32</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>33</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>34</sup>
1										
2										

<sup>29</sup> Se refiere a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>30</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>31</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>32</sup> Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

<sup>33</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 Compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>34</sup> Consignar en la moneda establecida en las bases.

[CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD]

[CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/C / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>29</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>30</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>31</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>32</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>33</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>34</sup>
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
	...									
20										
TOTAL										

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

## ANEXO Nº 9

### DECLARACIÓN JURADA (NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)

Señores

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro que la experiencia que acredito de la empresa [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA] como consecuencia de una reorganización societaria, no se encuentra en el supuesto establecido en el numeral 49.4 del artículo 49 del Reglamento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

#### Importante

*A efectos de cautelar la veracidad de esta declaración, el postor puede verificar la información de la Relación de Proveedores Sancionados por el Tribunal de Contrataciones del Estado con Sanción Vigente en <http://portal.osce.gob.pe/rnp/content/relación-de-proveedores-sancionados>.*

*También le asiste dicha facultad al órgano encargado de las contrataciones o al órgano de la Entidad al que se le haya asignado la función de verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro.*

## ANEXO Nº 10

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

Señores

[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]

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, verificala 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°11**

**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

**[CONSIGNAR ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES O COMITÉ DE SELECCIÓN, SEGÚN CORRESPONDA]**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor adjudicatario 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.*