



FICHA TECNICA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. DATOS GENERALES:

Nombre del Establecimiento de Salud: **P.S. LEONES DEL MISTI**

Categoría del EESS: Código RENAES: Ubicación (Av. Jr. Pje. Calle): **LS ANGELES LL-8**

Centro Poblado Localidad: **LEONES DEL MISTI** Distrito: **ALTO SELVA ALEGRE** Provincia: **AREQUIPA** Región: **AREQUIPA**

Micro Red: **ALTO SELVA ALEGRE** Red: **AREQUIPA CAYLLOMA** Diresa: **AREQUIPA**

Area geográfica (Marcar la Rpta. con X) Urbana Rural Región geográfica (Marcar la Rpta. con X) Costa Sierra Selva Años de funcionamiento:



Características del terreno (Marcar la Rpta con X)

| | | | |
|---|--|-----------------------|----------------------------------|
| El terreno es propio | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Area del terreno (M2) | <input type="text" value="182"/> |
| El terreno cuenta con saneamiento físico -legal | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Area construida (M2) | <input type="text" value="180"/> |
| | | Area libre (M2) | <input type="text" value="2"/> |

La superficie del terreno es:

| | | | | | |
|-----------|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|---------------------------|----------------------|
| Plana | <input checked="" type="checkbox"/> | Vulnerable a: | | Nº de Otros (Especificar) | <input type="text"/> |
| Inclinada | <input type="checkbox"/> | Cause de rio Huayco | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Inundable | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

Croquis del terreno

Población

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| Población de la Región 2014 | <input type="text" value="957,968"/> |
| Población del distrito 2014 | <input type="text" value="81,352"/> |
| Población asignada al EESS | <input type="text" value="7322"/> |
| Densidad Poblacional | <input type="text" value="2.6"/> |

Personal del EESS

| | | | |
|----------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Nº de Médicos | <input type="text" value="2"/> | Nº de Asist.Social | <input type="text" value="0"/> |
| Nº de Obstetricas | <input type="text" value="2"/> | Nº de Técnico | <input type="text" value="3"/> |
| Nº de Odontólogos | <input type="text" value="1"/> | Nº de Auxiliares | <input type="text" value="0"/> |
| Nº de Enfermeras | <input type="text" value="2"/> | Nº de Otros (Especificar) | <input type="text" value="1"/> |
| Nº de Quim-Farm. | <input type="text" value="0"/> | | |
| Nº de Nutricionistas | <input type="text" value="1"/> | | |

Accesibilidad (Marcar la Rpta. con X)

| | | | |
|---------------|---|--|--|
| Vía terrestre | Asfaltada <input checked="" type="checkbox"/> | Trocha carrozable <input type="checkbox"/> | Camino peatonal <input type="checkbox"/> |
| Vía fluvial | <input type="checkbox"/> | | |
| Vía lacustre | <input type="checkbox"/> | | |

Distancia y tiempo de su EESS al de mayor categoría

| | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | Distancia (Km) | Tiempo (hora) | Categoría del EESS |
| Al EESS más cercano de mayor categoría | <input type="text" value="1.5"/> | <input type="text" value="10'"/> | <input type="text" value="I-3"/> |
| Al Hospital de referencia más cercano. | <input type="text" value="6"/> | <input type="text" value="30'"/> | <input type="text" value="I-4"/> |

2. DATOS DE INFRAESTRUCTURA: (Marcar la Rpta. en los recuadros que corresponde con X)

Material predominante

| | | |
|--|--|------------------------------------|
| Techo | Pared | Piso |
| Losa aligerada <input checked="" type="checkbox"/> | Ladrillo - Cemento <input checked="" type="checkbox"/> | Vinílico <input type="checkbox"/> |
| Calamina o Eternit <input type="checkbox"/> | Adobe o Tapial <input type="checkbox"/> | Cemento <input type="checkbox"/> |
| Otro (Especificar) _____ | Otro (Especificar) _____ | Otro (Especificar) CERAMICO |

Instalaciones Electricas

| | | |
|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | Si | No |
| Alimentador eléctrico | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tablero general | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pozo a tierra | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grupo electrógeno | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Cuenta con agua

| | | |
|---|---|--|
| Red pública <input checked="" type="checkbox"/> | Red pública <input checked="" type="checkbox"/> | Si <input checked="" type="checkbox"/> |
| Pilones <input type="checkbox"/> | Silo <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Pozo <input type="checkbox"/> | Otro (Especificar) _____ | |
| Cisterna <input type="checkbox"/> | | |
| Otro (Especificar) TANQUE DE AGUA | | |

Cuenta con drenaje de aguas pluviales

Cuenta con Red de Comunicación

| | | | |
|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| | Si | No | |
| Teléfono | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | FIJO 263813 |
| Internet | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MOVISTAR |
| Radio | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Numero de Camaras | <input type="text" value="0"/> | | |

Datos del Responsable del llenado de la ficha

Nombres y Apellidos: **LUZ TEODOCIA ESCARZA MURGUIA**

Cargo: **MEDICO RESPONSABLE EESS**

Teléfono fijo: **054-263813**

Teléfono Mobil: **986765413**

Correo electrónico: **psleonesdelmisti@hotmail.com**

03 DE SETIEMBRE DEL 2014

Fecha: _____