



Ministerio de Salud

Dirección General de Infraestructura Equipamiento y Mantenimiento

### FICHA TECNICA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD

**1. DATOS GENERALES:**

|  |   |  |                         |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
|--|---|--|-------------------------|----------------------|--|-----------------------|----------------------|---|--|----------------------|----------------------|--|----------------------|-----------------|-------------|-------------------------------|---------------|------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|---|--------|-------------------------------------|--|--|-----------|--------------------------|--|
| Nombre del Establecimiento de Salud: <u>PUESTO DE SALUD TOCOTA</u>   |   |  |                         |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| Categoría del EESS: <u>I-2</u>   | Código RENAES: <u>01367</u>   | Ubicación ( Av. Jr. Pje. Calle): <u>CALLE PRINCIPAL S/N</u>  |                         |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| Centro Poblado Localidad: <u>TOCOTA</u>  | Distrito: <u>HUANUHUANU</u>   | Provincia: <u>CARAVELI</u>   | Región: <u>AREQUIPA</u> |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| Micro Red: <u>CHALA</u>  | Red: <u>CAMANA - CARAVELI</u>   | Dirección: <u>AREQUIPA</u>   |                         |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| Area geográfica (Marcar la Rpta. con X)<br>Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>   | Región geográfica (Marcar la Rpta. con X)<br>Costa <input type="checkbox"/> Sierra <input checked="" type="checkbox"/> Selva <input type="checkbox"/>   | Años de funcionamiento: <u>37</u>  |                         |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| Foto panorámica del EESS y su espacio libre  |   | Características del terreno (Marcar la Rpta con X)   |                         |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
|  |   | <table border="0"> <tr> <td>El terreno es propio</td> <td>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Area del terreno (M2)</td> <td><u>400</u></td> </tr> <tr> <td>El terreno cuenta con saneamiento fisico -legal</td> <td><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Area construida (M2)</td> <td><u>200</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Area libre (M2)</td> <td><u>200</u></td> </tr> <tr> <td>La superficie del terreno es:</td> <td colspan="3">Vulnerable a:</td> </tr> <tr> <td>Plana <input type="checkbox"/></td> <td>Cause de rio</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inclinada <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Huayco</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inundable</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> |                         | El terreno es propio | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Area del terreno (M2) | <u>400</u>           | El terreno cuenta con saneamiento fisico -legal | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | Area construida (M2) | <u>200</u>           |  |                      | Area libre (M2) | <u>200</u>  | La superficie del terreno es: | Vulnerable a: |                  |                      | Plana <input type="checkbox"/> | Cause de rio         | <input type="checkbox"/>  |                      | Inclinada <input checked="" type="checkbox"/> | Huayco | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  | Inundable | <input type="checkbox"/> |  |
| El terreno es propio   | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  | Area del terreno (M2)  | <u>400</u>              |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| El terreno cuenta con saneamiento fisico -legal  | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>  | Area construida (M2)   | <u>200</u>              |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
|  |   | Area libre (M2)  | <u>200</u>              |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| La superficie del terreno es:  | Vulnerable a:   |  |                         |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| Plana <input type="checkbox"/>   | Cause de rio  | <input type="checkbox"/>   |                         |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| Inclinada <input checked="" type="checkbox"/>  | Huayco  | <input checked="" type="checkbox"/>  |                         |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
|  | Inundable   | <input type="checkbox"/>   |                         |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| Croquis del terreno  | Población   | Personal del EESS  |                         |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
|  | Población de la Región 2013: <u>1245251</u><br>Población del distrito 2013: <input type="text"/><br>Población asignada al EESS: <input type="text"/><br>Densidad Poblacional: <input type="text"/>  | <table border="0"> <tr> <td>N° de Médicos</td> <td><u>1</u></td> <td>N° de Nutricionistas</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>N° de Obstetricas</td> <td><u>1</u></td> <td>N° de Asist.Social</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>N° de Odontólogos</td> <td><input type="text"/></td> <td>N° de Técnico</td> <td><u>1</u></td> </tr> <tr> <td>N° de Enfermeras</td> <td><u>1</u></td> <td>N° de Auxiliares</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>N° de Quim-Farm.</td> <td><input type="text"/></td> <td>N° de Otros (Especificar)</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>  |                         | N° de Médicos        | <u>1</u>   | N° de Nutricionistas  | <input type="text"/> | N° de Obstetricas                               | <u>1</u>   | N° de Asist.Social   | <input type="text"/> | N° de Odontólogos                      | <input type="text"/> | N° de Técnico   | <u>1</u>    | N° de Enfermeras              | <u>1</u>      | N° de Auxiliares | <input type="text"/> | N° de Quim-Farm.               | <input type="text"/> | N° de Otros (Especificar) | <input type="text"/> |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| N° de Médicos  | <u>1</u>  | N° de Nutricionistas   | <input type="text"/>    |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| N° de Obstetricas  | <u>1</u>  | N° de Asist.Social   | <input type="text"/>    |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| N° de Odontólogos  | <input type="text"/>  | N° de Técnico  | <u>1</u>                |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| N° de Enfermeras   | <u>1</u>  | N° de Auxiliares   | <input type="text"/>    |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| N° de Quim-Farm.   | <input type="text"/>  | N° de Otros (Especificar)  | <input type="text"/>    |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| Accesibilidad (Marcar la Rpta. con X)<br>Vía terrestre: Asfaltada <input type="checkbox"/> Trocha carrozable <input checked="" type="checkbox"/> Camino peatonal <input type="checkbox"/><br>Vía fluvial: <input type="checkbox"/><br>Vía lacustre: <input type="checkbox"/> | Distancia y tiempo de su EESS al de mayor categoría   |  |                         |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
|  | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Distancia (Km)</td> <td>Tiempo (hora)</td> <td>Categoría del EESS</td> </tr> <tr> <td>Al EESS más cercano de mayor categoría</td> <td><u>35</u></td> <td><u>1:30'</u></td> <td><u>I-4</u></td> </tr> <tr> <td>Al Hospital de referencia más cercano.</td> <td><u>257</u></td> <td><u>5:12'</u></td> <td><u>II-1</u></td> </tr> </table> |  |                         |                      | Distancia (Km)   | Tiempo (hora)         | Categoría del EESS   | Al EESS más cercano de mayor categoría          | <u>35</u>  | <u>1:30'</u>         | <u>I-4</u>           | Al Hospital de referencia más cercano. | <u>257</u>           | <u>5:12'</u>    | <u>II-1</u> |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
|  | Distancia (Km)  | Tiempo (hora)  | Categoría del EESS      |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| Al EESS más cercano de mayor categoría   | <u>35</u>   | <u>1:30'</u>   | <u>I-4</u>              |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |
| Al Hospital de referencia más cercano.   | <u>257</u>  | <u>5:12'</u>   | <u>II-1</u>             |                      |  |                       |                      |   |  |                      |                      |  |                      |                 |             |                               |               |                  |                      |                                |                      |                           |                      |   |        |                                     |  |  |           |                          |  |

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

|  |  |  |  |  |  |    |    |                       |                                     |                                     |                 |                                     |                                     |               |                          |                                     |                   |                          |                                     |
|--|--|--|--|--|--|----|----|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Material predominante  |  |  | Instalaciones Electricas   |  |  |    |    |                       |                                     |                                     |                 |                                     |                                     |               |                          |                                     |                   |                          |                                     |
| Techo  | Pared  | Piso   | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Alimentador eléctrico</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tablero general</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pozo a tierra</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Grupo electrógeno</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table> |  |  | Si | No | Alimentador eléctrico | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Tablero general | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Pozo a tierra | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Grupo electrógeno | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|  | Si   | No   |  |  |  |    |    |                       |                                     |                                     |                 |                                     |                                     |               |                          |                                     |                   |                          |                                     |
| Alimentador eléctrico  | <input type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>  |  |  |  |    |    |                       |                                     |                                     |                 |                                     |                                     |               |                          |                                     |                   |                          |                                     |
| Tablero general  | <input type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>  |  |  |  |    |    |                       |                                     |                                     |                 |                                     |                                     |               |                          |                                     |                   |                          |                                     |
| Pozo a tierra  | <input type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>  |  |  |  |    |    |                       |                                     |                                     |                 |                                     |                                     |               |                          |                                     |                   |                          |                                     |
| Grupo electrógeno  | <input type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>  |  |  |  |    |    |                       |                                     |                                     |                 |                                     |                                     |               |                          |                                     |                   |                          |                                     |
| Losa aligerada: <input checked="" type="checkbox"/><br>Calamina o Eternit: <input type="checkbox"/><br>Otro (Especificar): _____   | Ladrillo - Cemento: <input checked="" type="checkbox"/><br>Adobe o Tapial: <input type="checkbox"/><br>Otro (Especificar): _____ | Vinílico aligerada: <input type="checkbox"/><br>Cemento: <input type="checkbox"/><br>Otro (Especificar): <u>CONCRETO</u> |  |  |  |    |    |                       |                                     |                                     |                 |                                     |                                     |               |                          |                                     |                   |                          |                                     |
| Cuenta con agua  | Cuenta con desague   | Cuenta con drenaje de aguas pluviales  | Cuenta con Red de Comunicación   |  |  |    |    |                       |                                     |                                     |                 |                                     |                                     |               |                          |                                     |                   |                          |                                     |
| Red pública: <input type="checkbox"/><br>Pilones: <input type="checkbox"/><br>Pozo: <input type="checkbox"/><br>Cisterna: <input checked="" type="checkbox"/><br>Otro (Especificar): _____ | Red pública: <input type="checkbox"/><br>Silo: <input checked="" type="checkbox"/><br>Otro (Especificar): _____                  | Si: <input type="checkbox"/><br>No: <input checked="" type="checkbox"/>  | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Teléfono</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Internet</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Radio</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>  |  |  | Si | No | Teléfono              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Internet        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Radio         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                   |                          |                                     |
|  | Si   | No   |  |  |  |    |    |                       |                                     |                                     |                 |                                     |                                     |               |                          |                                     |                   |                          |                                     |
| Teléfono   | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |    |    |                       |                                     |                                     |                 |                                     |                                     |               |                          |                                     |                   |                          |                                     |
| Internet   | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |    |    |                       |                                     |                                     |                 |                                     |                                     |               |                          |                                     |                   |                          |                                     |
| Radio  | <input type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/>  |  |  |  |    |    |                       |                                     |                                     |                 |                                     |                                     |               |                          |                                     |                   |                          |                                     |

**Datos del Responsable del llenado de la ficha**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono fijo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono Mobil: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha: 06-09-2013



De la siguiente relación de UPSS, que servicio brinda el EESS. (Marcar con una X en el recuadro correspondiente e indicar su número de ambientes)

| UPSS Y UNIDADES DE SERVICIO | Marcar con X | N° de ambient. |
|-----------------------------|--------------|----------------|
|-----------------------------|--------------|----------------|

| 1. CONSULTA EXTERNA   |   |   |
|---|---|---|
| 1 Consulta ambulatoria por médico general                                     | X | 1 |
| 2 Consulta ambulatoria por médico espec. en medicina interna                  |   |   |
| 3 Consulta ambulatoria por médico espec. en pediatría                         |   |   |
| 4 Consulta ambulatoria por médico espec. en cirugía general                   |   |   |
| 5 Consulta ambulatoria por médico espec. en ginecología y obstetricia         |   |   |
| 6 Consulta ambulatoria por médico espec. en medicina familiar                 |   |   |
| 7 Consulta ambulatoria por médico espec. en anestesiología.                   |   |   |
| 8 Consulta ambulatoria por médico espec. en medicina de rehabilitación        |   |   |
| 9 Consulta ambulatoria por médico espec. en traumatología y ortopedia.        |   |   |
| 10 Consulta ambulatoria por médico espec. en nefrología.                      |   |   |
| 11 Consulta ambulatoria por médico espec. en cardiología.                     |   |   |
| 12 Consulta ambulatoria por médico espec. en neurología.                      |   |   |
| 13 Consulta ambulatoria por médico espec. en neumología.                      |   |   |
| 14 Consulta ambulatoria por médico espec. en gastroenterología.               |   |   |
| 15 Consulta ambulatoria por médico espec. en neumatología.                    |   |   |
| 16 Consulta ambulatoria por médico espec. en psiquiatría.                     |   |   |
| 17 Consulta ambulatoria por médico espec. en oftalmología.                    |   |   |
| 18 Consulta ambulatoria por médico espec. en urología.                        |   |   |
| 19 Consulta ambulatoria por médico espec. en otorrinolaringología.            |   |   |
| 20 Consulta ambulatoria por médico espec. en dermatología.                    |   |   |
| 21 Consulta ambulatoria por médico espec. en endocrinología.                  |   |   |
| 22 Consulta ambulatoria por médico espec. en hematología clínica.             |   |   |
| 23 Consulta ambulatoria por médico espec. de enf. infecciosas y tropicales.   |   |   |
| 24 Consulta ambulatoria por médico espec. en cirugía torácica.                |   |   |
| 25 Consulta ambulatoria por médico espec. en cirugía plástica.                |   |   |
| 26 Consulta ambulatoria por médico espec. en cirugía de cabeza y cuello.      |   |   |
| 27 Consulta ambulatoria por médico espec. en neurocirugía.                    |   |   |
| 28 Consulta ambulatoria por médico espec. en geriatría.                       |   |   |
| 29 Consulta ambulatoria por médico espec. en oncología.                       |   |   |
| 30 Consulta ambulatoria por médico espec. en cirugía pediátrica.              |   |   |
| 31 Consulta ambulatoria por médico espec. en neonatología.                    |   |   |
| 32 Consulta ambulatoria por médico espec. en cirugía oncológica.              |   |   |
| 33 Consulta ambulatoria por médico de otras especialidades.                   |   |   |
| 34 Teleconsultas de especialidades médicas.                                   |   |   |
| 35 Atención ambulatoria por enfermera(o) ó Técnico                            | X | 1 |
| 36 Atención ambulatoria diferenciada por profesional de salud.                |   |   |
| 37 Atención ambulatoria por profesional capacitado en salud mental.           | X |   |
| 38 Consulta ambulatoria por médico general capacitado en salud mental.        |   |   |
| 39 Atención ambulatoria por psicólogo.  |   |   |
| 40 Atención ambulatoria por obstetra.   | X | 1 |
| 41 Atención ambulatoria por cirujano dentista.                                |   |   |
| 42 Atención ambulatoria por cirujano dentista con soporte de radiología oral. |   |   |
| 43 Atención ambulatoria por cirujano dentista especialista.                   |   |   |
| 44 Atención ambulatoria por nutricionista.                                    |   |   |
| 45 Atención ambulatoria por médico en tópico de consulta externa.             |   |   |
| 46 Atención ambulatoria en la especialidad en cirugía general.                |   |   |
| 47 Atención ambulatoria en la especialidad en ginecología y obstetricia.      |   |   |
| 48 Atención ambulatoria en la especialidad en gastroenterología.              |   |   |
| 49 Atención ambulatoria en la especialidad en cardiología.                    |   |   |
| 50 Atención ambulatoria en la especialidad en neurología.                     |   |   |
| 51 Atención ambulatoria en la especialidad en neurología.                     |   |   |
| 52 Atención ambulatoria en la especialidad en dermatología.                   |   |   |
| 53 Atención ambulatoria en la especialidad en otorrinolaringología.           |   |   |
| 54 Atención ambulatoria en la especialidad en cirugía plástica.               |   |   |
| 55 Atención ambulatoria en la espec. en otras especialidades médicas.         |   |   |

| 2. EMERGENCIA   |   |   |
|---|---|---|
| 1 Atención en tópico de inyectables y nebulizaciones.                         | X | 1 |
| 2 Atención de urgencias y emergencias por médico espec. de medicina interna.  |   |   |
| 3 Atención de urgencias y emergencias por médico espec. de pediatría.         |   |   |
| 4 Atención de urg. y emerg. por médico espec. de gineco y obstetricia.        |   |   |
| 5 Atención de urgencias y emergencias por médico espec. de cirugía general.   |   |   |
| 6 Atención de urg. y emerg. por médico espec. en traumatología y ortopedia.   |   |   |
| 7 Atención de urgencias y emergencias por médico espec. en cardiología.       |   |   |
| 8 Atención de urgencias y emergencias por médico espec. en neurocirugía.      |   |   |
| 9 Atención de urg. y emerg. por espec. en cirugía de torax y cardiovascular.  |   |   |
| 10 Atención de urgencias y emergencias por médico espec. en psiquiatría.      |   |   |
| 11 Atención de urgencias y emergencias por médico espec. en urología.         |   |   |
| 12 Atención de urgencias y emergencias por médico espec. en oftalmología.     |   |   |
| 13 Atención de urg. y emerg. por médico espec. en otorrinolaringología.       |   |   |
| 14 Atención de urg. y emerg. por médico espec. en cirugía de cabeza y cuello. |   |   |
| 15 Atención de urgencias y emergencias por médico espec. en neurología.       |   |   |
| 16 Atención de urgencias y emergencias por médico espec. en nefrología.       |   |   |
| 17 Atención de urgencias y emergencias por médico de otras especialidades.    |   |   |
| 18 Atención en Sala de Observación de Emergencia.                             |   |   |
| 19 Atención en la Unidad de Vigilancia Intensiva.                             |   |   |
| 20 Atención en la Unidad de Trauma Shock y Reanimación.                       |   |   |

| 3. CENTRO OBSTETRICO  |  |  |
|---|--|--|
| 1 Atención de parto vaginal por médico espec. en ginecología y obstetricia. |  |  |
| 2 Atención inmediata del recién nacido por médico en pediatría.             |  |  |
| 3 Atención de parto vaginal por médico sub espec. en neonatología.          |  |  |

| 4. HOSPITALIZACIÓN                              |  |  |
|---|--|--|
| 1 Hospitalización de Adultos.                   |  |  |
| 2 Hospitalización de Medicina Interna.          |  |  |
| 3 Hospitalización de Cirugía General.           |  |  |
| 4 Hospitalización de Pediatría.                 |  |  |
| 5 Hospitalización de Ginecología y Obstetricia. |  |  |
| 6 Hospitalización de otras especialidades.      |  |  |
| 7 Monitoreo de gestantes con complicaciones.    |  |  |

| UPSS Y UNIDADES DE SERVICIO | Marcar con X | N° de ambient. |
|-----------------------------|--------------|----------------|
|-----------------------------|--------------|----------------|

| 5. CENTRO QUIRÚRGICO  |  |  |
|---|--|--|
| 1 Intervenciones quirúrgicas por médico espec. en cirugía general.            |  |  |
| 2 Intervenciones quirúrgicas por médico espec. en ginecología y obstetricia.  |  |  |
| 3 Intervenciones quirúrgicas por médico espec. en oftalmología.               |  |  |
| 4 Intervenciones quirúrgicas por médico espec. en otorrinolaringología.       |  |  |
| 5 Intervenciones quirúrgicas por médico espec. en traumatología y ortopedia   |  |  |
| 6 Intervenciones quirúrgicas por médico espec. en urología.                   |  |  |
| 7 Intervenciones quirúrgicas por espec. en cirugía torácica y cardiovascular. |  |  |
| 8 Intervenciones quirúrgicas por médico espec. en cirugía plástica.           |  |  |
| 9 Intervenciones quirúrgicas por médico espec. en cirugía de cabeza y cuello. |  |  |
| 10 Intervenciones quirúrgicas por médico espec. en neurocirugía.              |  |  |
| 11 Intervenciones quirúrgicas por médico espec. en cirugía pediátrica.        |  |  |
| 12 Intervenciones quirúrgicas por médico espec. en cirugía oncológica.        |  |  |
| 13 Intervenciones quirúrgicas por médico de otras especialidades quirúrgicas. |  |  |
| 14 Atención en Sala de Recuperación Post-Anestésica.                          |  |  |

| 6. CUIDADOS INTENSIVOS   |  |  |
|--|--|--|
| 1 Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos General.                  |  |  |
| 2 Atención en la Unidad de Cuidados Intermedios General.                 |  |  |
| 3 Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.                 |  |  |
| 4 Atención en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal.                |  |  |
| 5 Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico                |  |  |
| 6 Atención en la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátrico.              |  |  |
| 7 Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos de otras espec. médicas.  |  |  |
| 8 Atención en la Unidad de Cuidados Intermedios de otras espec. médicas. |  |  |
| 9 Atención de soporte nutricional preteral total.                        |  |  |

| 7. PATOLOGÍA CLÍNICA  |  |  |
|---|--|--|
| 1 Procedimiento de Laboratorio Clínico Tipo I-3 o I-4.            |  |  |
| 2 Procedimiento de Laboratorio Clínico Tipo II-1.                 |  |  |
| 3 Procedimiento de Laboratorio Clínico Tipo II-2.                 |  |  |
| 4 Procedimiento de Laboratorio Clínico Tipo III-1.                |  |  |
| 5 Procedimiento de Laboratorio Clínico de atención especializada. |  |  |
| 6 Teleanatomopatología.   |  |  |

| 8. DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES     |  |  |
|---------------------------------|--|--|
| 1 Radiología Convencional       |  |  |
| 2 Radiología Especializada.     |  |  |
| 3 Radiología Intervencionista.  |  |  |
| 4 Ecografía general y dopler.   |  |  |
| 5 Mamografía.                   |  |  |
| 6 Densitometría Ósea.           |  |  |
| 7 Tomografía Coimputada.        |  |  |
| 8 Resonancia Magnética.         |  |  |
| 9 Telerradiología convencional. |  |  |
| 10 Teleecografía.               |  |  |
| 11 Telemamografía.              |  |  |

| 9. MEDICINA DE REHABILITACIÓN   |  |  |
|---|--|--|
| 1 Atención Rehabilitadora de Discapacidades leves mediante terapia física.  |  |  |
| 2 Atención Rehabilitadora de Discapacidades Severas mediante terapia física |  |  |
| 3 Atención Rehabilitadora mediante terapia ocupacional.                     |  |  |
| 4 Atención Rehabilitadora mediante terapia de lenguaje.                     |  |  |
| 5 Atención Rehabilitadora mediante terapia de aprendizaje.                  |  |  |

| 10. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA                       |  |  |
|---|--|--|
| 1 Evaluación nutricional en hospitalización.    |  |  |
| 2 Soporte nutricional con regímenes dietéticos. |  |  |
| 3 Soporte nutricional con fórmulas lacteas.     |  |  |
| 4 Soporte nutricional con fórmulas enterales.   |  |  |

| 11. CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE |  |  |
|---|--|--|
| 1 Previsión de sangre y hemocomponentes.    |  |  |
| 2 Preparación de sangre y hemocomponentes.  |  |  |

| 12. FARMACIA                    |   |   |
|---------------------------------|---|---|
| 1 Dispensación de medicamentos. | X | 1 |
| 2 Atención de farmacia clínica. |   |   |
| 3 Atención en farmacotecnia     |   |   |

| 13. CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN                                      |  |  |
|--|--|--|
| 1 Desinfección de nivel intermedio en Central de Esterilización.   |  |  |
| 2 Desinfección de alto nivel en Central de Esterilización.         |  |  |
| 3 Esterilización por medios físicos en Central de Esterilización.  |  |  |
| 4 Esterilización por medios químicos en Central de Esterilización. |  |  |

| 14. HEMODIÁLISIS                   |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| 1 Hemodiálisis                     |  |  |
| 2 Diálisis Peritoneal (Nivel III). |  |  |

| 15. RADIOTERAPIA                                    |  |  |
|---|--|--|
| 1 Atención con radioterapia interna (braquiterapia) |  |  |
| 2 Atención con radioterapia externa (teleterapia)   |  |  |

| 16. MEDICINA NUCLEAR  |  |  |
|---|--|--|
| 1 Exámen de capacitación de sustancias radioactivas. Atención |  |  |
| 2 Tratamiento con radioisótopos.                              |  |  |