





INTERCONSULTAS REALIZADAS EN SERVICIOS DE:	Menor de 6 meses		6 meses a menor de 1 año		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 39 años		40 a 49 años		50 a 59 años		60 años y más		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Emergencias																					
Consulta Externa																					
Internación																					

CIRUGIAS Y ANESTESIAS	M	F
Nº de Cirugías medianas		
Nº de Cirugías mayores		
Nº de cirugías de emergencias realizadas en el periodo		
Nº de cirugías programadas para el periodo		
Nº de cirugías realizadas en el periodo		
Nº de Complicaciones postquirúrgicas		
Nº de Anestésias Regionales		
Nº de Anestésias Generales		
Nº de Complicaciones Anestésicas		
QUIROFANOS	CANTIDAD	
Nº de Quirófanos instalados		
Nº de Quirófanos funcionantes en el periodo		
Nº de Quirófanos en el periodo destinados a cirugías de emergencias		
Nº de Quirófanos funcionantes en el periodo destinados a cirugías programadas		

REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA HOSPITALARIAS	EMERGENCIAS		CONSULTA EXTERNA		INTERNACIÓN	
	M	F	M	F	M	F
Nº de referencias recibidas por el establecimiento						
Nº de autoreferencias recibidas por el establecimiento						
Nº de referencias adecuadas						
Nº de referencias inadecuadas						
Nº de referencias justificadas						
Nº de referencias injustificadas						
Nº de referencias oportunas						
Nº de referencias inoportunas						
Nº DE Transferencias realizadas a otros establecimientos de salud						
Nº de Contrarreferencias realizadas						

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIOS	M	F
Nº de Quimioterapias realizadas		
Nº de Radioterapias realizadas		
Nº de Sesiones de Fisioterapia realizadas en consulta externa		
Nº de Sesiones de Fisioterapia realizadas en servicio de internación		
Nº de hemodiálisis realizadas		
Nº de Usuarías (os) en Dialisis Peritoneal		
Nº de Transfusiones de sangre realizadas		
GESTION DE CALIDAD		Cantidad
Nº de CAI hospitalario		
No. de auditorías Internas de Servicio en Aplicación de la Norma Técnica		
No. de auditorías Programadas en aplicación de la norma técnica		
Nº de autoevaluaciones para Acreditación de los Servicios		

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	EMERGENCIAS	CONSULTA EXTERNA	INTERNACIÓN
Sueros			
Inyectables			
Administración oral de medicamentos			
Administración de Sondas			
Curaciones y/o suturas			
Otras actividades			

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	EMERGENCIAS		CONSULTA EXTERNA		INTERNACIÓN		QUIROFANO	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Nº de Pruebas de laboratorio realizados								
Nº de Placas radiográficas realizada								
Nº de ecografías realizadas								
Nº de electrocardiogramas realizados								
Nº de Estudios de Anatomía Patológica								
Nº de Otros Estudios Complementarios								

**DECLARACIÓN JURADA**

**Firma**

Yo : .....

Lugar y Fecha: ...../...../ 20...

**Nombre y Apellidos**

Declaro la veracidad de los datos del presente formulario