



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

INFORME MENSUAL DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE II Y III NIVEL  
CODIGO: R.A. SALUD INE - 301b (01/2014)



Ministerio de Salud y Deportes

SEDES: \_\_\_\_\_  
Establecimiento: \_\_\_\_\_

Red de Salud: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_  
Mes reportado: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Incorporado al Seguro: \_\_\_\_\_

Código Subsector A B C D E F

24	CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD		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 y más			
	Cod	Especialidad	NUEVO	REPETIDO	NUEVO	REPETIDO	NUEVO	REPETIDO	NUEVO	REPETIDO	NUEVO	REPETIDO	NUEVO	REPETIDO	NUEVO	REPETIDO	NUEVO	REPETIDO	NUEVO	REPETIDO	NUEVO	REPETIDO	NUEVO	REPETIDO	NUEVO	REPETIDO	NUEVO	REPETIDO	NUEVO	REPETIDO	NUEVO	REPETIDO										
24.1		Medicina General																																								
24.2		Medicina Interna																																								
24.3		Pediatría																																								
24.4		Ginecología - Obstetricia																																								
24.5		Cirugía General																																								
24.6																																										
24.7																																										
24.8																																										
24.9																																										
24.10																																										
24.11																																										
24.12																																										
24.13																																										
24.14																																										
24.15																																										
24.16																																										
24.17																																										
24.18																																										
24.19																																										
24.20																																										
24.21																																										
24.22																																										
24.23																																										
24.24		OTRAS ESPECIALIDADES																																								

25	EMERGENCIA		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		
	Cod	Descripción	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
25.1		Consulta por Emergencia																					

26	INGRESOS Y EGRESOS POR SERVICIO DE INTERNACION		Camas	INGRESOS				EGRESOS				Ingresos y egresos del mismo día	Dias Cama Ocupada	Dias Cama Disp.		
	Cod	Servicio		Existencia	Nuevos	Referidos	Traslado Interno	Alta	Defunción antes de 48 Hrs.	Defunción despues de 48 Hrs.	Contrareferidos				Traslado Interno	
26.1																
26.2																
26.3																
26.4																
26.5																
26.6																
26.7																
26.8																
26.9																
26.10																
26.11																
26.12																
26.13																
26.14																
26.15																
26.16																
26.17																
26.18																
26.19																
26.20																

27	CIRUGIAS Y ANESTESIAS	M	F
27.1	N° de Cirugías menores		
27.2	N° de Cirugías medianas		
27.3	N° de Cirugías mayores		
27.4	N° de Anestias Locales		
27.5	N° de Anestias Regionales		
27.6	N° de Anestias Generales		
27.8	N° de Complicaciones postquirúrgicas		
27.9	N° de Complicaciones Anestésicas		

28	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	M	F
28.1	N° de Pruebas de laboratorio realizados		
28.2	N° de Placas radiográficas realizadas		
28.3	N° de ecografías realizadas		
28.4	N° de electrocardiogramas realizados		
28.5	N° de Estudios de Anatomía Patológica		
28.6	N° de Otros Estudios Complementarios		

29	TRATAMIENTO COMPLEMENTARIOS	M	F
29.1	N° de Quimioterapia realizadas		
29.2	N° de Radioterapias realizadas		
29.3	N° de Sesiones de Fisioterapia realizadas		
29.4	N° de hemodilísis realizadas		
29.5	N° de Usuarías (os) en Dialisis Peritoneal		
29.6	N° de Transfusiones de sangre realizadas		

30	GESTION DE CALIDAD	Cantidad
30.1	N° de CAI hospitalario	
30.2	No. de auditorías Internas de Servicio en Aplicación de la Norma Técnica	
30.3	No. de auditorías del programa en aplicación de la norma técnica	
30.4	N° de autoevaluaciones para Acreditación de los Servicios	

31	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA HOSPITALARIAS	CANTIDAD
31.1	N° de referencias justificadas	
31.2	N° de referencias adecuadas	
31.3	N° de referencias oportunas	

DECLARACIÓN JURADA

Yo: .....  
Nombre y Apellidos

Declaro la veracidad de los datos del presente formulario

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