

	PERU	Ministerio de Salud																																																																											
FICHA TÉCNICA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD																																																																													
1. DATOS GENERALES:																																																																													
Nombre del Establecimiento de Salud: P.S. Huarhua																																																																													
Categoría del EESS	I-2	Código RENAS	1939																																																																										
Centro Poblado Localidad		C.P. Huarhua s/n.																																																																											
Micro Red		Cotahuasi																																																																											
Área geográfica		C.C.U.																																																																											
Urbano	<input checked="" type="checkbox"/>	Rural	<input type="checkbox"/>																																																																										
Región geográfica (Marcar la Rpta. con X)		Casta																																																																											
		Sierra	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																										
		Selva	<input type="checkbox"/>																																																																										
Años de funcionamiento 20.																																																																													
Foto panorámica del EESS y su espacio libre																																																																													
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Características del terreno (Marcar la Rpta con X)</td> </tr> <tr> <td>El terreno es propio</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>El terreno cuenta con desenfriamiento físico - legal</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>La superficie del terreno es:</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Plana</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Inclinada</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vulnerabilidad:</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cause de río</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hueco</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Inundable</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nº de Otros (Especificar)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Características del terreno (Marcar la Rpta con X)		El terreno es propio	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	El terreno cuenta con desenfriamiento físico - legal	<input checked="" type="checkbox"/>	La superficie del terreno es:	<input type="checkbox"/>	Plana	<input type="checkbox"/>	Inclinada	<input checked="" type="checkbox"/>	Vulnerabilidad:	<input type="checkbox"/>	Cause de río	<input type="checkbox"/>	Hueco	<input checked="" type="checkbox"/>	Inundable	<input type="checkbox"/>	Nº de Otros (Especificar)	<input type="checkbox"/>																																																				
Características del terreno (Marcar la Rpta con X)																																																																													
El terreno es propio	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																																												
El terreno cuenta con desenfriamiento físico - legal	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																												
La superficie del terreno es:	<input type="checkbox"/>																																																																												
Plana	<input type="checkbox"/>																																																																												
Inclinada	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																												
Vulnerabilidad:	<input type="checkbox"/>																																																																												
Cause de río	<input type="checkbox"/>																																																																												
Hueco	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																												
Inundable	<input type="checkbox"/>																																																																												
Nº de Otros (Especificar)	<input type="checkbox"/>																																																																												
<table border="1"> <tr> <td>Área del terreno (M2)</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>Área construida (M2)</td> <td>150</td> </tr> <tr> <td>Área libre (M2)</td> <td>100</td> </tr> </table>				Área del terreno (M2)	250	Área construida (M2)	150	Área libre (M2)	100																																																																				
Área del terreno (M2)	250																																																																												
Área construida (M2)	150																																																																												
Área libre (M2)	100																																																																												
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Cronograma del terreno</td> </tr> <tr> <td>Población</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Población actual de la Región</td> <td>1239162</td> </tr> <tr> <td>Población actual del distrito</td> <td>1315</td> </tr> <tr> <td>Población, antigüedad</td> <td>197</td> </tr> <tr> <td>Densidad Poblacional</td> <td>1,05</td> </tr> <tr> <td>Nº de Médicos</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nº de Asist. Social</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nº de Dentistas</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nº de Odontólogos</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nº de Enfermeras</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nº de Dietas (Especificar)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nº de Nutricionistas</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Personal del EESS</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nº de Aux. Social</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nº de Técnicos</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nº de Auxiliares</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nº de Dtos. (Especificar)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Cronograma del terreno		Población	<input type="checkbox"/>	Población actual de la Región	1239162	Población actual del distrito	1315	Población, antigüedad	197	Densidad Poblacional	1,05	Nº de Médicos	<input type="checkbox"/>	Nº de Asist. Social	<input type="checkbox"/>	Nº de Dentistas	<input type="checkbox"/>	Nº de Odontólogos	<input type="checkbox"/>	Nº de Enfermeras	<input type="checkbox"/>	Nº de Dietas (Especificar)	<input type="checkbox"/>	Nº de Nutricionistas	<input type="checkbox"/>	Personal del EESS	<input type="checkbox"/>	Nº de Aux. Social	<input type="checkbox"/>	Nº de Técnicos	<input type="checkbox"/>	Nº de Auxiliares	<input type="checkbox"/>	Nº de Dtos. (Especificar)	<input type="checkbox"/>																																						
Cronograma del terreno																																																																													
Población	<input type="checkbox"/>																																																																												
Población actual de la Región	1239162																																																																												
Población actual del distrito	1315																																																																												
Población, antigüedad	197																																																																												
Densidad Poblacional	1,05																																																																												
Nº de Médicos	<input type="checkbox"/>																																																																												
Nº de Asist. Social	<input type="checkbox"/>																																																																												
Nº de Dentistas	<input type="checkbox"/>																																																																												
Nº de Odontólogos	<input type="checkbox"/>																																																																												
Nº de Enfermeras	<input type="checkbox"/>																																																																												
Nº de Dietas (Especificar)	<input type="checkbox"/>																																																																												
Nº de Nutricionistas	<input type="checkbox"/>																																																																												
Personal del EESS	<input type="checkbox"/>																																																																												
Nº de Aux. Social	<input type="checkbox"/>																																																																												
Nº de Técnicos	<input type="checkbox"/>																																																																												
Nº de Auxiliares	<input type="checkbox"/>																																																																												
Nº de Dtos. (Especificar)	<input type="checkbox"/>																																																																												
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Accesibilidad (Marcar la Rpta. con X)</td> </tr> <tr> <td>Vía terrestre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Trocha carrozable</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vía fluvial</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Camino Pastoral</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vía aérea</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Distancia y tiempo de acceso de su EESS al de mayor categoría más cercano</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Distancia (Km)</td> <td>Tiempo (Horas)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>35</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>236</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">ESS más cercano de mayor categoría</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Hospital de referencia más cercano.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Categoría del EESS más cercano I-4</td> </tr> </table>				Accesibilidad (Marcar la Rpta. con X)		Vía terrestre	<input type="checkbox"/>	Trocha carrozable	<input checked="" type="checkbox"/>	Vía fluvial	<input type="checkbox"/>	Camino Pastoral	<input type="checkbox"/>	Vía aérea	<input type="checkbox"/>	Distancia y tiempo de acceso de su EESS al de mayor categoría más cercano				Distancia (Km)	Tiempo (Horas)			35	2			236	9			ESS más cercano de mayor categoría				Hospital de referencia más cercano.		Categoría del EESS más cercano I-4																																							
Accesibilidad (Marcar la Rpta. con X)																																																																													
Vía terrestre	<input type="checkbox"/>	Trocha carrozable	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																										
Vía fluvial	<input type="checkbox"/>	Camino Pastoral	<input type="checkbox"/>																																																																										
Vía aérea	<input type="checkbox"/>	Distancia y tiempo de acceso de su EESS al de mayor categoría más cercano																																																																											
		Distancia (Km)	Tiempo (Horas)																																																																										
		35	2																																																																										
		236	9																																																																										
		ESS más cercano de mayor categoría																																																																											
		Hospital de referencia más cercano.																																																																											
Categoría del EESS más cercano I-4																																																																													
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">2. DATOS DE INFRAESTRUCTURA: (Marcar la Rpta. en los recuadros que correspondan con X)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Material predominante</td> </tr> <tr> <td>Techo</td> <td>Peró</td> <td>Piso</td> <td>Instalaciones Eléctricas</td> </tr> <tr> <td>Casa aligerada</td> <td>Ladrillo - Cemento</td> <td>Vidrio</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Cámera o Etamin</td> <td>Acrílico - Tapial</td> <td>Cemento</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otro (Especificar)</td> <td>Otro (Especificar)</td> <td>Otro (Especificar)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cuenta con agua</td> <td colspan="2">Cuenta con drenaje</td> </tr> <tr> <td>Red pública</td> <td>Red pública</td> <td>Red pública</td> <td>Instalaciones Eléctricas</td> </tr> <tr> <td>Filones</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Poco</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Goberna</td> <td>Otro (Especificar)</td> <td colspan="2">Cuenta con redes de Comunicación</td> </tr> <tr> <td>Otro (Especificar)</td> <td>Canal</td> <td>Teléfono</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Datos del Responsable del llenado de la ficha</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombres y Apellidos: Darlin Lalin Meza Huaco</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cargo: GERENTE MICRO RED</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Teléfono fijo: 581099</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Teléfono móvil:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Correo electrónico: md_darlin@hotmail.com.</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>Fecha: 08.02.14</td> <td colspan="3">GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DIRECCIÓN RED DE SALUD N° 00 C. LA UNIÓN MICRO RED DE SALUD COTAHUASI</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Darlin Lalin Meza Huaco GERENTE MICRO RED DE SALUD COTAHUASI C.M.P. 2229</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>				2. DATOS DE INFRAESTRUCTURA: (Marcar la Rpta. en los recuadros que correspondan con X)		Material predominante				Techo	Peró	Piso	Instalaciones Eléctricas	Casa aligerada	Ladrillo - Cemento	Vidrio	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cámera o Etamin	Acrílico - Tapial	Cemento	<input type="checkbox"/>	Otro (Especificar)	Otro (Especificar)	Otro (Especificar)	<input type="checkbox"/>	Cuenta con agua		Cuenta con drenaje		Red pública	Red pública	Red pública	Instalaciones Eléctricas	Filones	Sí	No	<input type="checkbox"/>	Poco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Goberna	Otro (Especificar)	Cuenta con redes de Comunicación		Otro (Especificar)	Canal	Teléfono	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Datos del Responsable del llenado de la ficha</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombres y Apellidos: Darlin Lalin Meza Huaco</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cargo: GERENTE MICRO RED</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Teléfono fijo: 581099</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Teléfono móvil:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Correo electrónico: md_darlin@hotmail.com.</td> </tr> </table>				Datos del Responsable del llenado de la ficha		Nombres y Apellidos: Darlin Lalin Meza Huaco		Cargo: GERENTE MICRO RED		Teléfono fijo: 581099		Teléfono móvil:		Correo electrónico: md_darlin@hotmail.com.		<table border="1"> <tr> <td>Fecha: 08.02.14</td> <td colspan="3">GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DIRECCIÓN RED DE SALUD N° 00 C. LA UNIÓN MICRO RED DE SALUD COTAHUASI</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Darlin Lalin Meza Huaco GERENTE MICRO RED DE SALUD COTAHUASI C.M.P. 2229</td> </tr> </table>				Fecha: 08.02.14	GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DIRECCIÓN RED DE SALUD N° 00 C. LA UNIÓN MICRO RED DE SALUD COTAHUASI			Darlin Lalin Meza Huaco GERENTE MICRO RED DE SALUD COTAHUASI C.M.P. 2229			
2. DATOS DE INFRAESTRUCTURA: (Marcar la Rpta. en los recuadros que correspondan con X)																																																																													
Material predominante																																																																													
Techo	Peró	Piso	Instalaciones Eléctricas																																																																										
Casa aligerada	Ladrillo - Cemento	Vidrio	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																																										
Cámera o Etamin	Acrílico - Tapial	Cemento	<input type="checkbox"/>																																																																										
Otro (Especificar)	Otro (Especificar)	Otro (Especificar)	<input type="checkbox"/>																																																																										
Cuenta con agua		Cuenta con drenaje																																																																											
Red pública	Red pública	Red pública	Instalaciones Eléctricas																																																																										
Filones	Sí	No	<input type="checkbox"/>																																																																										
Poco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Goberna	Otro (Especificar)	Cuenta con redes de Comunicación																																																																											
Otro (Especificar)	Canal	Teléfono	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No																																																																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Datos del Responsable del llenado de la ficha</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombres y Apellidos: Darlin Lalin Meza Huaco</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cargo: GERENTE MICRO RED</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Teléfono fijo: 581099</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Teléfono móvil:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Correo electrónico: md_darlin@hotmail.com.</td> </tr> </table>				Datos del Responsable del llenado de la ficha		Nombres y Apellidos: Darlin Lalin Meza Huaco		Cargo: GERENTE MICRO RED		Teléfono fijo: 581099		Teléfono móvil:		Correo electrónico: md_darlin@hotmail.com.																																																															
Datos del Responsable del llenado de la ficha																																																																													
Nombres y Apellidos: Darlin Lalin Meza Huaco																																																																													
Cargo: GERENTE MICRO RED																																																																													
Teléfono fijo: 581099																																																																													
Teléfono móvil:																																																																													
Correo electrónico: md_darlin@hotmail.com.																																																																													
<table border="1"> <tr> <td>Fecha: 08.02.14</td> <td colspan="3">GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DIRECCIÓN RED DE SALUD N° 00 C. LA UNIÓN MICRO RED DE SALUD COTAHUASI</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Darlin Lalin Meza Huaco GERENTE MICRO RED DE SALUD COTAHUASI C.M.P. 2229</td> </tr> </table>				Fecha: 08.02.14	GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DIRECCIÓN RED DE SALUD N° 00 C. LA UNIÓN MICRO RED DE SALUD COTAHUASI			Darlin Lalin Meza Huaco GERENTE MICRO RED DE SALUD COTAHUASI C.M.P. 2229																																																																					
Fecha: 08.02.14	GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DIRECCIÓN RED DE SALUD N° 00 C. LA UNIÓN MICRO RED DE SALUD COTAHUASI																																																																												
Darlin Lalin Meza Huaco GERENTE MICRO RED DE SALUD COTAHUASI C.M.P. 2229																																																																													

P.S. HUARHUA

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

UPPS Y UNIDADES DE SERVICIO	Nº Ambientes	UPPS Y UNIDADES DE SERVICIO	Nº Ambientes
<b>1. CONSULTA EXTERNA</b>			
Consulta ambulatoria por médico general.	<input checked="" type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en cirugía general.	<input type="checkbox"/>
Consulta ambulatoria por médico espec., en medicina interna.	<input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en ginecología y obstetricia.	<input type="checkbox"/>
Consulta ambulatoria por médico espec., en pediatría.	<input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en oftalmología.	<input type="checkbox"/>
Consulta ambulatoria por médico espec., en clínica general.	<input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en oftalmoneurología.	<input type="checkbox"/>
Consulta ambulatoria por médico espec., en ginecología y obstetricia.	<input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en traumatología y ortopedia.	<input type="checkbox"/>
Consulta ambulatoria por médico espec., en medicina familiar.	<input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en urología.	<input type="checkbox"/>
Consulta ambulatoria por médico espec., en anestesiología.	<input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en cirugía torácica y cardiovascular.	<input type="checkbox"/>
Consulta ambulatoria por médico espec., en medicina de rehabilitación.	<input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en cirugía plástica.	<input type="checkbox"/>
Consulta ambulatoria por médico espec., en traumatología y ortopedia.	<input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en cirugía de cabeza y cuello.	<input type="checkbox"/>
Consulta ambulatoria por médico espec., en nefrología.	<input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en neurocirugía.	<input type="checkbox"/>
Consulta ambulatoria por médico espec., en cardiología.	<input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en cirugía pediátrica.	<input type="checkbox"/>
Consulta ambulatoria por médico espec., en neurología.	<input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en cirugía oncológica.	<input type="checkbox"/>
Consulta ambulatoria por médico espec., en gastroenterología.	<input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas por médicos de otras especialidades quirúrgicas.	<input type="checkbox"/>
Consulta ambulatoria por médico espec., en reumatología.	<input type="checkbox"/>	Atención en Sala de Recuperación Post-Anestesia.	<input type="checkbox"/>
Consulta ambulatoria por médico espec., en pediatría.	<input type="checkbox"/>		
Consulta ambulatoria por médico espec., en oftalmología.	<input type="checkbox"/>		
Consulta ambulatoria por médico espec., en urología.	<input type="checkbox"/>		
Consulta ambulatoria por médico espec., en oftalmoneurología.	<input type="checkbox"/>		
Consulta ambulatoria por médico espec., en dermatología.	<input type="checkbox"/>		
Consulta ambulatoria por médico espec., en endocrinología.	<input type="checkbox"/>		
Consulta ambulatoria por médico espec., en hematología clínica.	<input type="checkbox"/>		
Consulta ambulatoria por médico espec., de enf. infecciosas y tropicales.	<input type="checkbox"/>		
Consulta ambulatoria por médico espec., en cirugía torácica.	<input type="checkbox"/>		
Consulta ambulatoria por médico espec., en cirugía plástica.	<input type="checkbox"/>		
Consulta ambulatoria por médico espec., en cirugía de cabeza y cuello.	<input type="checkbox"/>		
Consulta ambulatoria por médico espec., en neurocirugía.	<input type="checkbox"/>		
Consulta ambulatoria por médico espec., en oncología.	<input type="checkbox"/>		
Consulta ambulatoria por médico espec., en neuroanatomía.	<input type="checkbox"/>		
Consulta ambulatoria por médico de otras especialidades.	<input type="checkbox"/>		
Teleconsultas de especialidades médicas.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria por enfermera(s).	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria diferenciada por profesionales de salud.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria por profesional capacitado en salud mental.	<input type="checkbox"/>		
Consulta ambulatoria por médico general capacitado en salud mental.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria por psicólogo.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria por obstetra.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria por cirujano dentista.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria por cirujano dentista con soporte de radiología oral.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria por cirujano dentista especialista.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria por nutricionista.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria por médico en topical de consulta externa.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria en la especialidad en cirugía general.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria en la especialidad en ginecología y obstetricia.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria en la especialidad en cardiológica.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria en la especialidad en neurología.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria en la especialidad en neurología.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria en la especialidad en dermatología.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria en la especialidad en endocrinología.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria en la especialidad en cirugía plástica.	<input type="checkbox"/>		
Atención ambulatoria en la espec., en otras especialidades médicas.	<input type="checkbox"/>		
<b>2. EMERGENCIA</b>			
Atención en topical de inyectables y nebulizaciones.	<input type="checkbox"/>	Evaluación nutricional en hospitalización.	<input type="checkbox"/>
Atención de urgencias y emergencias por médico espec., de medicina interna.	<input checked="" type="checkbox"/>	Soporte nutricional con regímenes dietéticos.	<input type="checkbox"/>
Atención de urgencias y emergencias por médico espec., de pediatría.	<input type="checkbox"/>	Soporte nutricional con fórmulas lecheas.	<input type="checkbox"/>
Atención de urg., y emerg., por médico espec., de ginec. y obstetricia.	<input type="checkbox"/>	Soporte nutricional con fórmulas enterales.	<input type="checkbox"/>
Atención de urgencias y emergencias por médico espec., de cirugía general.	<input type="checkbox"/>		
Atención de urg., y emerg., por médico espec., en traumatología y ortopedia.	<input type="checkbox"/>		
Atención de urgencias y emergencias por médico espec., en cardiología.	<input type="checkbox"/>		
Atención de urgencias y emergencias por médico espec., en neurocirugía.	<input type="checkbox"/>		
Atención de urg., y emerg., por médico espec., en psiquiatría.	<input type="checkbox"/>		
Atención de urgencias y emergencias por médico espec., en urología.	<input type="checkbox"/>		
Atención de urgencias y emergencias por médico espec., en oftalmología.	<input type="checkbox"/>		
Atención de urg., y emerg., por médico espec., en oftalmoneurología.	<input type="checkbox"/>		
Atención de urg., y emerg., por médico espec., en cirugía de cabeza y cuello.	<input type="checkbox"/>		
Atención de urgencias y emergencias por médico espec., en neurología.	<input type="checkbox"/>		
Atención de urgencias y emergencias por médico espec., en nefrología.	<input type="checkbox"/>		
Atención de urgencias y emergencias por médico espec., en medicina de otras especialidades.	<input type="checkbox"/>		
Atención en Sala de Observación de Emergencia.	<input type="checkbox"/>		
Atención en la Unidad de Vigilancia Intensiva.	<input type="checkbox"/>		
Atención en la Unidad de Trauma Shock y Resuscitación.	<input type="checkbox"/>		
<b>3. CENTRO OBSTÉTICO</b>			
Atención de parto vaginal por médico espec., en ginecología y obstetricia.	<input type="checkbox"/>	Desinfección de nivel intermedio en Central de Esterilización.	<input type="checkbox"/>
Atención inmediata del recién nacido por médico en pediatría.	<input type="checkbox"/>	Desinfección de alta-riesgo en Central de Esterilización.	<input type="checkbox"/>
Atención de parto vaginal por médico sub espec., en anestesiología.	<input type="checkbox"/>	Esterilización por medios físicos en Central de Esterilización.	<input type="checkbox"/>
<b>4. HOSPITALIZACIÓN</b>			
Hospitalización de Adultos.	<input type="checkbox"/>	Esterilización por medios químicos en Central de Esterilización.	<input type="checkbox"/>
Hospitalización de Medicina Interna.	<input type="checkbox"/>		
Hospitalización de Cirugía General.	<input type="checkbox"/>		
Hospitalización de Pediatría.	<input type="checkbox"/>		
Hospitalización de Ginecología y Obstetricia.	<input type="checkbox"/>		
Hospitalización de otras especialidades.	<input type="checkbox"/>		
Mobiliario de gestantes con complicaciones.	<input type="checkbox"/>		
<b>5. CENTRO QUIRÚRGICO</b>			
Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en cirugía general.	<input type="checkbox"/>	Atención en Sala de Recuperación Post-Anestesia.	<input type="checkbox"/>
Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en ginecología y obstetricia.	<input type="checkbox"/>		
Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en oftalmología.	<input type="checkbox"/>		
Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en oftalmoneurología.	<input type="checkbox"/>		
Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en traumatología y ortopedia.	<input type="checkbox"/>		
Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en urología.	<input type="checkbox"/>		
Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en cirugía torácica y cardiovascular.	<input type="checkbox"/>		
Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en cirugía plástica.	<input type="checkbox"/>		
Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en cirugía de cabeza y cuello.	<input type="checkbox"/>		
Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en neurocirugía.	<input type="checkbox"/>		
Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en cirugía pediátrica.	<input type="checkbox"/>		
Intervenciones quirúrgicas por médico espec., en cirugía oncológica.	<input type="checkbox"/>		
Intervenciones quirúrgicas por médicos de otras especialidades quirúrgicas.	<input type="checkbox"/>		
Atención en Sala de Recuperación Post-Anestesia.	<input type="checkbox"/>		
<b>6. CUIDADOS INTENSIVOS</b>			
Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos General.	<input type="checkbox"/>		
Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos General.	<input type="checkbox"/>		
Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.	<input type="checkbox"/>		
Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.	<input type="checkbox"/>		
Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico.	<input type="checkbox"/>		
Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico.	<input type="checkbox"/>		
Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos de otras espec. médicas.	<input type="checkbox"/>		
Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos de otras espec. médicas.	<input type="checkbox"/>		
Atención de soporte a atención prehospitalaria.	<input type="checkbox"/>		
<b>7. PATOLOGÍA CLÍNICA</b>			
Procedimiento de Laboratorio Clínico Tipo I-B-1-2.	<input type="checkbox"/>		
Procedimiento de Laboratorio Clínico Tipo II-1.	<input type="checkbox"/>		
Procedimiento de Laboratorio Clínico Tipo II-2.	<input type="checkbox"/>		
Procedimiento de Laboratorio Clínico Tipo III-1.	<input type="checkbox"/>		
Procedimiento de Laboratorio Clínico de atención especializada.	<input type="checkbox"/>		
Teleradiología.	<input type="checkbox"/>		
<b>8. DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES</b>			
Radiología Convencional.	<input type="checkbox"/>		
Radiología Especializada.	<input type="checkbox"/>		
Radiología Intervencionista.	<input type="checkbox"/>		
Etcografía general y doppler.	<input type="checkbox"/>		
Mamografía.	<input type="checkbox"/>		
Densitometría ósea.	<input type="checkbox"/>		
Tomografía Computada.	<input type="checkbox"/>		
Resonancia Magnética.	<input type="checkbox"/>		
Teleradiología convencional.	<input type="checkbox"/>		
Telecografía.	<input type="checkbox"/>		
Teleangiografía.	<input type="checkbox"/>		
<b>9. MEDICIÓN DE REHABILITACIÓN</b>			
Atención Rehabilitadora de Discapacidades leves mediante terapia física.	<input type="checkbox"/>		
Atención Rehabilitadora de Discapacidades severas mediante terapia física.	<input type="checkbox"/>		
Atención Rehabilitadora mediante terapia ocupacional.	<input type="checkbox"/>		
Atención Rehabilitadora mediante terapia de lingaje.	<input type="checkbox"/>		
Atención Rehabilitadora mediante terapia de aprendizaje.	<input type="checkbox"/>		
<b>10. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA</b>			
Evaluación nutricional en hospitalización.	<input type="checkbox"/>		
Soporte nutricional con regímenes dietéticos.	<input type="checkbox"/>		
Soporte nutricional con fórmulas lecheas.	<input type="checkbox"/>		
Soporte nutricional con fórmulas enterales.	<input type="checkbox"/>		
<b>11. CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE</b>			
Previsión de sangre y hemocomponentes.	<input type="checkbox"/>		
Preparación de sangre y hemocomponentes.	<input type="checkbox"/>		
<b>12. FARMACIA</b>			
Dispensación de medicamentos.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Atención de farmacia clínica.	<input type="checkbox"/>		
Atención en farmacotoxicología.	<input type="checkbox"/>		
<b>13. CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>			
Desinfección de nivel intermedio en Central de Esterilización.	<input type="checkbox"/>		
Desinfección de alta-riesgo en Central de Esterilización.	<input type="checkbox"/>		
Esterilización por medios físicos en Central de Esterilización.	<input type="checkbox"/>		
Esterilización por medios químicos en Central de Esterilización.	<input type="checkbox"/>		
<b>14. HEMODIÁLISIS</b>			
Hemodiálisis.	<input type="checkbox"/>		
Óxítisis Peritoneal (Nefelit).	<input type="checkbox"/>		
<b>15. RADIOTERAPIA</b>			
Atención con radioterapia interna [brachiterapia].	<input type="checkbox"/>		
Atención con radioterapia externa [teleterapia].	<input type="checkbox"/>		
<b>16. MEDICINA NUCLEAR</b>			
Examen de captación de sustancias radioactivas. Atención.	<input type="checkbox"/>		
Tratamiento con radioterapias.	<input type="checkbox"/>		