

# TÉRMINOS Y CONDICIONES

## 1. Objeto

Garantizar las atenciones de los pacientes en CMSF.

## 2. Alcance y descripción del bien, servicio u obra

Los suministros de papelería son utilizados para las atenciones y registro de pacientes nuevos y continuos de CMSF, de esa manera se registra y se tiene evidencia de la atención ante cualquier eventualidad que pueda suceder, así mismo para las aperturas de historia clínica de nuevos usuarios.

## 3. Requisitos exigibles al proveedor

Experiencia en impresión /imprenta o distribución de impresión de papelería.

## 4. Términos y condiciones de pago

Después de la conformidad del área usuaria y conformidad de servicio la Subgerencia de Farmacia y Centro Medico San Felipe.

 SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE HUANCAYO  
  
C.D. Patricia Guerra López  
ESPECIALISTA DE CMSF

**CARNÉ DE AFILIACIÓN**

Centro Médico  
**SAN FELIPE**  
*Comprometidos con su salud y su familia*

Sociedad de Beneficencia de Huancayo

N° de H.C:  D.N.I.:

Nombre:

Alergia Medicamento:

Jr. Mantaro N° 164 Cel.: 914 352 542 - Huancayo (Parque 15 de Junio)

## ESPECIALIDADES MÉDICAS

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pediatría</li> <li>• Cirugía</li> <li>• Cardiología (Electrocardiograma)</li> <li>• Ginecología</li> <li>• Oftalmología</li> <li>• Oncología</li> <li>• Gastroenterología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Densitometría</li> <li>• Obstetricia</li> <li>• Psicología</li> <li>• Odontología</li> <li>• Medicina General</li> <li>• Otorrinolaringología</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Dermatología</li> <li>• Podología</li> </ul>	<p style="color: yellow;">Servicios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía</li> <li>• Laboratorio</li> <li>• Rayos X</li> <li>• Farmacia</li> </ul>
---	--	---



## CONSULTA EXTERNA - HOJA CLÍNICA

FECHA: ..... NOMBRE: ..... EDAD: .....

TELÉFONO: ..... DNI: ..... FECHA DE NACIMIENTO: .....

TEMP: ..... PESO: ..... TALLA: ..... PROCEDENCIA: .....

P.A: ..... F.C.: ..... SATURACIÓN: ..... TEMPERATURA: .....

ENFERMEDAD ACTUAL:

ANTECEDENTES:

EXAMEN FÍSICO:

EXÁMENES AUXILIARES:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

TRATAMIENTO:

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO



SOCIEDAD DE BENEFICENCIA  
DE HUANCAYO



Centro Médico  
**SAN FELIPE**

*Comprometidos con su salud y de su familia*



## FICHA DE INSCRIPCIÓN

DÍA	MES	AÑO

HISTORIA CLÍNICA N°

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES			
DOMICILIO: Calle, Jirón, Avenida, Lote, Manzana			DISTRITO	PROVINCIA	DPTO/REGIÓN		
TELÉFONO		PROCEDENCIA					
EDAD	SEXO		OTRAS REFERENCIAS		D.N.I. N°		
	M	F					
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		ESCOLARIDAD			
OCUPACIÓN		CENTRO DE TRABAJO		DIRECCIÓN			
NOMBRE DEL PADRE		VIVO	MUERTO	NOMBRE DE LA MADRE		VIVO	MUERTA
NOTIFICAR EN CASO DE URGENCIA A:		DIRECCIÓN		TELÉFONO	PARENTESCO		

ESTE PACIENTE ES ALÉRGICO A:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ESCRIBIR CON ROJO  
ESCRIBIR EN ESTE RECUADRO  
SI EL PACIENTE ES DIABÉTICO, EPILÉPTICO Y  
OTROS DATOS DE MUCHO INTERÉS MÉDICO