

FICHA DE INFORMACION PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

Código N°

1

(código del
procedimiento)

(1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)		(2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)	
--	--	---	--

(3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):	
--	--

(4) Objetivo del Procedimiento:	INFORME MEDICO, PSICOLOGICO, Y ODONTOLOGICO	(5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)	72 h
---------------------------------	---	--	------

(5.1) Requisitos:	Pago en Caja de S/6.00 y DNI original
-------------------	---------------------------------------

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

N°	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD ORGANICA QUE EJECUTA LA TAREA	TIEMPO
1	Recepción de solicitud	Registrar documento y verificar que los datos estén correctamente registrados	Dirección /Secretaría	15 min
2	Pase al Director	Revisa documentos y hace despacho, derivándolo al servicio que corresponda	Dirección /Director	4 h
3	Deriva la solicitud al servicio correspondiente	Se remite documento al Jefe de Servicio correspondiente	Dirección/ Secretaría	6 h
4	Recepción y derivación de Documento	Jefe de servicio recepciona y deriva el documento al Médico responsable de la atención	Jefe de Servicio/ Jefe de servicio	3 h 45 min.
4	Recepción del documento por el Médico Responsable	Recepción de solicitud de Informe	Jefe de Servicio/ Medico Responsable	2 h
5	Medico responsable Solicita la historia clínica	Solicitud de historia clínica a Admisión, búsqueda de Historia clínica. Entrega de HC al Médico Solicitante.	Admisión/ Responsable de Admisión	24 h
6	Elaboración y Expedición del Informe	Revisión y Análisis de historia clínica por el Medico Responsable. Elaboración y expedición de Informe al Jefe de Servicio.	Jefe de Servicio/ Medico Responsable	28 h
	Derivación de Informe a la Dirección	Entrega de informe a Dirección, Recepción de Informe por Dirección	Jefe de Servicio/ Dirección	3 h
7	Entrega de informe	Entrega de informe al solicitante	Dirección/ Secretaría	1 h

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (se utiliza en forma adicional)

Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
100	125	130	145	115	120	118	123	132	145	129	132

(8) Indicar las Normas legales y técnicas que regulan el procedimiento y adjuntar copias

Referencia	Fecha de Publicación	Breve descripción del Asunto
LEY 26842 ART. 15 Y 24	20-07-1997	- toda persona tiene derecho a que le expida la certificación e informes directamente relacionados con la atención de pacientes.

(9) Anotaciones adicionales:

SILENCIO POSITIVO DIAS SILENCIO NEGATIVO DIAS

Firma de Director o Responsable

Fecha

FICHA DE INFORMACION PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

(1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)		(2) Oficina /Dirección (de3° nivel organizacional)	
--	--	--	--

(3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):	
--	--

(4) Objetivo del Procedimiento:	CERTIFICADO MEDICO	(5)Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)	4 días
---------------------------------	--------------------	---	--------

(5.1) Requisitos :	Pago por derecho de certificado médico
--------------------	--

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

N°	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD ORGANICA QUE EJECUTA LA TAREA	TIEMPO
1	Cita de atención	Pagar en caja y sacar cita para la atención Remitir HC a triaje	Admisión/ Personal de Admisión	30 min.
2	Triaje	Pasa a triaje para funciones vitales Remitir HC a consultorio de médico turno	Enfermería/ Enfermeras y/o Tec.	30 min.
3	Consulta medica	Evaluación medica (Examen clínico del paciente), Solicitud de análisis.	Servicio de medicina/ Medico de Turno	30 min.
4	Análisis	Realizar exámenes de sangre y rayos x (Extracción de Muestra, análisis de muestra, Registro de Resultados, elabora y entrega resultados a paciente)	Servicio de Apoyo al Diagnostico/ Tec. Laboratorio	2 día
	Consulta Médica	Entrega de resultados al médico tratante		
5	Evaluación de los análisis	Revisión de resultados de análisis	Servicio de medicina / Medico Tratante	1 día
6	Llenado de formato medico	Llenado y firma del formato medico	Servicio de medicina/ Medico Tratante	12 h
7	Entrega de certificado medico	Entrega de certificado al solicitante	Servicio de medicina/ Medico Tratante	11 h

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (se utiliza en forma adicional)

Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12

(8) Indicar las Normas legales y técnicas que regulan el procedimiento y adjuntar copias

Referencia	Fecha de Publicación	Breve descripción del Asunto
LEY 26842 ART. 15 Y 24	20-07-1997	- toda persona tiene derecho a que le expida la certificación e informes directamente relacionados con la atención de pacientes.

(9) Anotaciones adicionales:

SILENCIO POSITIVO DIAS SILENCIO NEGATIVO DIAS

Firma de Director o Responsable

Fecha

FICHA DE INFORMACION PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

(1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)		(2) Oficina /Dirección (de3° nivel organizacional)	
--	--	--	--

(3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):	
--	--

(4) Objetivo del Procedimiento:	INSCRIPCIÓN Y AFILIACIÓN COMO BENEFICIARIO DEL SIS	(5)Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)	30 min. 40 min.
---------------------------------	--	---	--------------------

(5.1) Requisitos.	Partida de Nacimiento, recibo de agua o luz, DNI copia y Original
-------------------	---

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

N° Orden	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD ORGANICA QUE EJECUTA LA TAREA	TIEMPO
1	Inscripción	Recepción y verificación de documentación	SIS	5 min.
		Evaluar ficha FES		5 min.
		Verificar si es emergencia		5 min.
		Cruzar información y constatar que no este afiliado a otro seguro		10 min.
		Emisión de ficha de inscripción		5 min.
2	Afiliación	Evaluar caso del afiliado	SIS	10 min.
		Pase al servicio social para llenado de FES	Servicio social	11 min.
		Categorización de paciente	SIS	3 min.
		Digitación e Ingresos de datos		3 min.
		Entrega de resultados		3 min.
		Cita para afiliación por persona		5 min.
Orientación de derechos y obligaciones del usuario	5 min.			

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (se utiliza en forma adicional)

Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12

(8) Indicar las Normas legales y técnicas que regulan el procedimiento y adjuntar copias

Referencia	Fecha de Publicación	Breve descripción del Asunto
LEY 26842 ART. 15 Y 24	20-07-1997	- toda persona tiene derecho a que le expida la certificación e informes directamente relacionados con la atención de pacientes.

(9) Anotaciones adicionales:

SILENCIO POSITIVO DIAS SILENCIO NEGATIVO DIAS

Firma de Director o Responsable

Fecha

(1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)		(2) Oficina /Dirección (de3° nivel organizacional)	
--	--	--	--

(3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):	
--	--

(4) Objetivo del Procedimiento:	COPIA DE HISTORIA CLINICA	(5)Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)	48 Horas
---------------------------------	---------------------------	---	----------

(5.1) requisitos:	Pago en caja por concepto de copia de HC, N° de Historia Médica
-------------------	---

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

N°	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD ORGANICA QUE EJECUTA LA TAREA	TIEMPO
1	Recepción de solicitud	Registrar documento y verificar que los datos estén correctamente registrados	Dirección/ Secretaria	15 min.
2	Pase documento Director	Revisa documentos y hace despacho, derivándolo a su secretaria para emisión de la copia.	Dirección/ Director	3 h 45 min.
3	Solicita la Historia Clínica	La secretaria de Dirección solicita la Historia Clínica al Responsable de Admisión.	Dirección/ Secretaria	1 h
4	Decepciona Solicitud y Entrega de Historia Clínica	El responsable de admisión decepciona la solicitud y deriva a su personal para la búsqueda de la HC	Resp. Admisión/ Personal	24 h
		El responsable de admisión entrega la Historia Clínica a la Dirección		6 h
5	Copia y FEDATEADO de historia clínica	La secretaria de dirección decepciona y procede a sacar copia de la Historia Clínica La secretaria hace FEDATEAR la copia de la historia clínica	Dirección/ Secretaria	12
6	Entrega de la copia al solicitante	La secretaria entrega la copia FEDEATEADA al solicitante	Dirección/ Secretaria	1 h

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (se utiliza en forma adicional)

Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
15	19	16	18	20	15	17	16	18	20	19	17

(8) Indicar las Normas legales y técnicas que regulan el procedimiento y adjuntar copias

Referencia	Fecha de Publicación	Breve descripción del Asunto
LEY 26842 ART. 15 Y 24	20-07-1997	- toda persona tiene derecho a que le expida la certificación e informes directamente relacionados con la atención de pacientes.

(9) Anotaciones adicionales:

SILENCIO POSITIVO DIAS SILENCIO NEGATIVO DIAS

Firma de Director o Responsable

Fecha

FICHA DE INFORMACION PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

(1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)	SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA	(2) Oficina /Dirección (de3° nivel organizacional)	
--	-----------------------------	--	--

(3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):	
--	--

(4) Objetivo del Procedimiento:	CERTIFICADO DE NACIMIENTO	(5)Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)	72 Horas
---------------------------------	---------------------------	---	----------

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

N°	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD ORGANICA QUE EJECUTA LA TAREA	TIEMPO
1	Recepción de solicitud	Decepciona, registra, y verifica los datos de la solicitud	Dirección/ Secretaria	15 min.
2	Pase documento Director	Revisa documentos y hace despacho, derivándolo al servicio correspondiente.	Dirección/ Director	4 h.
3	Derivar solicitud al Servicio Gineco-Obstetricia	Se remite documento al Jefe de Servicio Gineco Obstetricia	Serv. G-O/ Secretaria	45 min.
4	Elaboración del Certificado de Nacimiento	Decepciona, registra y verifica los datos en el libro de nacimientos		8 h
		Secretaria del Serv. G-O elabora el certificado de Nacimiento	Serv. G-O/ Secretaria	40h.
		El Jefe del Servicio de G-O sella y firma los Certificados de Nacimientos	Serv. G-O/ Jefe de Servicio	12 h.
5	Entrega de Certificado de Nacimiento	Certificar el Nacimiento	Serv. G-O/ Secretaria	5 h.
6	Entrega de Certificado de Nacimiento	La secretaria entrega los certificados de nacimiento, previa muestra de DNI de la madre	Dirección/ Secretaria	2 h.

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (se utiliza en forma adicional)

Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
300	315	320	318	323	306	308	319	321	317	312	316

(8) Indicar las Normas legales y técnicas que regulan el procedimiento y adjuntar copias

Referencia	Fecha de Publicación	Breve descripción del Asunto
LEY 26842 ART. 15 Y 24	20-07-1997	- toda persona tiene derecho a que le expida la certificación e informes directamente relacionados con la atención de pacientes.

(9) Anotaciones adicionales:

SILENCIO POSITIVO DIAS SILENCIO NEGATIVO DIAS

Firma de Director o Responsable

Fecha

FICHA DE INFORMACION PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

(1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)	(2) Oficina /Dirección (de3° nivel organizacional)
--	--

(3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):
--

(4) Objetivo del Procedimiento:	CONTANCIA DE ATENCION	(5)Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)	48 Horas
---------------------------------	-----------------------	---	----------

(5.1) Requisitos: Pago en caja por concepto constancia de atención

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

N°	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD ORGANICA QUE EJECUTA LA TAREA	TIEMPO
1	Recepción de solicitud	Registrar documento y verificar que los datos estén correctamente registrados	Dirección/ Secretaria	15 min.
	Pase documento Director	Revisa documentos y hace despacho, derivándolo a su secretaria para emisión de la copia.	Dirección/ Director	4 h.
	Deriva la solicitud al servicio correspondiente	Se remite documento al Jefe de Servicio correspondiente	Dirección/ Secretaria	3 h.
	Recepción y derivación de Documento	Jefe de servicio recepciona y deriva el documento al Médico responsable de la atención	Jefe de Servicio/ Jefe de servicio	45 min.
	Recepción del documento por el Médico Responsable	Recepción de solicitud de constancia de atención	Jefe de Servicio/ Medico Responsable	1 h
	Medico responsable Solicita la historia clínica	Solicitud de historia clínica a Admisión, búsqueda de Historia clínica. Entrega de HC al Médico Solicitante.	Admisión/ Responsable de Admisión	12 h
3	Elaboración de Constancia de Atención	Elaboración y expedición de constancia de Atención.	Jefe de Servicio/ Medico Responsable	24 h
	Emite la constancia a la Dirección	Entrega de constancia de atención a Dirección,	Jefe de Servicio/ Dirección	1 h
4	Entrega de Constancia de Atención	La secretaria entrega la constancia de atención al solicitante.	Dirección/ Secretaria	2 h.

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (se utiliza en forma adicional)

Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
60	65	62	64	63	65	61	60	63	65	63	61

(8) Indicar las Normas legales y técnicas que regulan el procedimiento y adjuntar copias

Referencia	Fecha de Publicación	Breve descripción del Asunto
LEY 26842 ART. 15 Y 24	20-07-1997	- toda persona tiene derecho a que le expida la certificación e informes directamente relacionados con la atención de pacientes.

(9) Anotaciones adicionales:

SILENCIO POSITIVO DIAS SILENCIO NEGATIVO DIAS

Firma de Director o Responsable

Fecha

FICHA DE INFORMACION PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

(1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)	(2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)
--	---

(3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):
--

(4) Objetivo del Procedimiento:	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD	(5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)	48 Horas
---------------------------------	-----------------------------	--	----------

(5.1) Requisitos: Pago en caja por concepto Certificado de discapacidad

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

N°	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD ORGANICA QUE EJECUTA LA TAREA	TIEMPO
1	Recepción de solicitud	Decepciona, registra y verifica los datos de la solicitud	Dirección/ Secretaria	15 min.
	Pase al Director	Revisa documentos y hace despacho, derivándolo al servicio que corresponda	Dirección /Director	4 h.
	Deriva la solicitud al Responsable de Med. Fis. Reh.	Se remite documento al Responsable de Med. Fis. Reh.	Dirección/ Secretaria	45 min.
	Recepción del documento por el Responsable de Med. Fis. Reh.	Recepción de solicitud de Certificado de Discapacidad Revisa la solicitud y lo remite al servicio correspondiente.	Responsable Med.Fis.Reh./ Medico Responsable	3h.
	Servicio Correspondiente	Decepciona, registra y verifica los datos de la solicitud Revisa y deriva la solicitud		
	Medico responsable Solicita la historia clínica	Solicitud de historia clínica a Admisión, búsqueda de Historia clínica. Entrega de HC al Médico Solicitante.	Admisión/ Responsable de Admisión	12 h.
2	Elaboración y Expedición del Certificado de Discapacidad	Revisión y Análisis de historia clínica por el Medico Responsable. Elaboración y expedición de Certificado de Discapacidad por el médico responsable	Responsable Med.Fis.Reh Medico Responsable	24 h.
3	Derivación de Informe a la Dirección	Entrega de informe a Dirección, Recepción de Certificado de Discapacidad a la Dirección	Responsable Med.Fis.Reh Dirección	3 h
4	Entrega del Certificado de Discapacidad	Entrega del Certificado de Discapacidad al solicitante	Dirección/ Secretaria	1 h.

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (se utiliza en forma adicional)

Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
7	6	8	6	6	8	7	8	7	6	5	9

(8) Indicar las Normas legales y técnicas que regulan el procedimiento y adjuntar copias

Referencia	Fecha de Publicación	Breve descripción del Asunto
LEY 27050 ART. 11	18-12-1998	- toda persona tiene derecho a que le expida la certificación e
DNS;03-2000 PROMUDEH art 14	05-04-00	informes directamente relacionados con la atención de
Rm. N° 1014 – 2004/minsa	22-10-04	pacientes.

(9) Anotaciones adicionales:

SILENCIO POSITIVO DIAS SILENCIO NEGATIVO DIAS

Firma de Director Fecha

FICHA DE INFORMACION PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

(1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)	DIRECCIÓN	(2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)	
--	-----------	---	--

(3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):	
--	--

(4) Objetivo del Procedimiento:	VISACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO	(5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)	48 Horas
---------------------------------	--------------------------------	--	----------

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

N°	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD ORGANICA QUE EJECUTA LA TAREA	TIEMPO
1	Recepción de solicitud	Recepción, Registrar y verificar que los datos de la solicitud.	Dirección/Secretaría	15 min.
2	Pase al Director	Revisa documentos, firma y sella el documento	Dirección/Director	36 h.
3	Recepción de certificado médico visado	Decepciona y registra el documento visado.	Dirección/Secretaría	45 min.
4	Entrega el documento visado al solicitante	Entrega del Certificado de Discapacidad al solicitante	Dirección/Secretaría	11 h.

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (se utiliza en forma adicional)

Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
10	15	11	12	16	15	9	13	11	12	8	10

(8) Indicar las Normas legales y técnicas que regulan el procedimiento y adjuntar copias

Referencia	Fecha de Publicación	Breve descripción del Asunto
LEY 27050 ART. 11	18-12-1998	- toda persona tiene derecho a que le expida la certificación e
DNS;03-2000 PROMUDEH art 14	05-04-00	informes directamente relacionados con la atención de
Rm. N° 1014 – 2004/minsa	22-10-04	pacientes.

(9) Anotaciones adicionales:

SILENCIO POSITIVO DIAS SILENCIO NEGATIVO DIAS

Firma de Director o Responsable

Fecha

FICHA DE INFORMACION PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

(1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)	Servicio Gineco-Obstetricia	(2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)	
--	-----------------------------	---	--

(3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):	
--	--

(4) Objetivo del Procedimiento:		(5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)	48 Horas
---------------------------------	--	--	----------

(5.1) Requisitos: Pago en caja por concepto Certificado de discapacidad

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

N°	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD ORGANICA QUE EJECUTA LA TAREA	TIEMPO
1	Recepción de solicitud	Registrar documento y verificar que los datos estén correctamente registrados	Dirección/Secretaría	15 min.
	Pase al Director	Revisa documentos y hace despacho, derivándolo al servicio que corresponda	Dirección /Director	4 h.
	Deriva la solicitud al Responsable de Med. Fis. Reh.	Se remite documento al Responsable de Med. Fis. Reh.	Dirección/Secretaría	45 min.
	Recepción del documento por el Médico Responsable	Recepción de solicitud de Certificado de Discapacidad	Responsable Med.Fis.Reh./ Medico Responsable	3h.
	Medico responsable Solicita la historia clínica	Solicitud de historia clínica a Admisión, búsqueda de Historia clínica. Entrega de HC al Médico Solicitante.	Admisión/ Responsable de Admisión	12 h.
	Elaboración y Expedición del Certificado de Discapacidad	Revisión y Análisis de historia clínica por el Medico Responsable. Elaboración y expedición de Certificado de Discapacidad por el médico responsable	Responsable Med.Fis.Reh Medico Responsable	24 h.
3	Derivación de Informe a la Dirección	Entrega de informe a Dirección, Recepción de Certificado de Discapacidad a la Dirección	Responsable Med.Fis.Reh Dirección	3 h
4	Entrega del Certificado de Discapacidad	Entrega del Certificado de Discapacidad al solicitante	Dirección/Secretaría	1 h.

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (se utiliza en forma adicional)

Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
7	6	8	6	6	8	7	8	7	6	5	9

(8) Indicar las Normas legales y técnicas que regulan el procedimiento y adjuntar copias

Referencia	Fecha de Publicación	Breve descripción del Asunto
LEY 27050 ART. 11	18-12-1998	- toda persona tiene derecho a que le expida la certificación e
DNS;03-2000 PROMUDEH art 14	05-04-00	informes directamente relacionados con la atención de
Rm. N° 1014 – 2004/minsa	22-10-04	pacientes.

(9) Anotaciones adicionales:

SILENCIO POSITIVO

DIAS

SILENCIO NEGATIVO

DIAS

Firma de Director o Responsable

Fecha