

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

PLANIFICACION Y PROGRAMACION EN SALUD I

PLAN GENERAL DE SALUD PARA LA REGIONAL B  
DEL SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA  
"SAN JUAN DE DIOS"

Profesor :

Dr. MIGUEL A. VELASQUEZ

Presentado por :

Martha L. Arana	771116
Ma. Mercedes López	762214
Olga E. de Cuartas	771506
Martha Monsalve	771107
Lida Barón	762006
Ma. Cristina Torres	761086
Marta González	771049
Ana Martínez	771140
Jazmine Ortíz	771169
Clara L. Suárez	772631
Lucy L. de Ortíz	752050
Olmedo Guarín	772071
Julio Mario Rangel	772546
Orlando Mojica	762730
José O. Gómez	762557
Carlos A. Llano	772747

22-6-01-100

## I N D I C E

	Página
I. INTRODUCCION . . . . .	1
II. DESCRIPCION DE LA REGIONAL . . . . .	2
A. Base Legal . . . . .	2
B. Limites . . . . .	2
C. Población . . . . .	2
D. Barrios que cubre . . . . .	3
E. Sistema Educativo . . . . .	3
F. Servicios . . . . .	3
G. Organismos que dan Salud . . . . .	4
H. Organización Administrativa . . . . .	11
I. Relación existente de la Regional # 3 con las demás Regionales . . . . .	12
J. Morbilidad y Mortalidad . . . . .	12
K. Descripción del Nivel Local . . . . .	12
1. Centro de Salud # 31 - San José Obrero . . . . .	13
a. A las personas . . . . .	13
- Atención Materno Infantil . . . . .	13
- Salud Oral . . . . .	14
1. Acción Preventiva . . . . .	14
2. Tratamiento Odontológico . . . . .	14
3. Inmunizaciones . . . . .	14

	Página
b. Atención al medio ambiente. . . . .	15
c. Organización del Centro. . . . .	15
2. Centro de Salud # 20 - Usme. . . . .	18
a. Servicio que se presta a las personas. .	18
- Atención Materno Infantil. . . . .	18
- Salud Oral. . . . .	19
1. Sección Preventiva. . . . .	19
2. Tratamiento Odontológico. . . . .	19
3. Inmunizaciones. . . . .	19
b. Atención al medio ambiente. . . . .	19
c. Organización del Centro. . . . .	20
3. Conclusiones. . . . .	21
III. ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD SEGUN FAC- TORES CONDICIONANTES DE MORTALIDAD Y MOR- BILIDAD. . . . .	23
A. Morbilidad. . . . .	23
1. Enfermedades de los dientes y estructura de sostén. . . . .	23
2. Otras enfermedades del aparato Genitourina- rio. . . . .	24
3. Enfermedades respiratorias agudas. . . . .	25
4. Helmintiasis, Enteritis y otras enfermedades Diarreícas. . . . .	26
B. Mortalidad. . . . .	27
1. Enteritis y otras enfermedades diarreícas. .	27

	Página
2. Otra Neumonías. . . . .	27
3. Enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares. . . . .	27
4. Accidentes de vehículos de motor. . . . .	28
C. Conclusiones . . . . .	28
IV. PRONOSTICO. . . . .	29
V. FORMULACION DE PLANES. . . . .	30
A. Establecimiento de Metas. . . . .	30
B. Establecimiento de los Recursos. . . . .	31
1. Recurso humano. . . . .	31
2. Recurso físico. . . . .	32
3. Recurso financiero. . . . .	33
4. Recurso técnico. . . . .	33
5. Recurso material. . . . .	34

\*\*\*\*\*



## I. INTRODUCCION

El objetivo primordial de este estudio, realizado dentro de la práctica de la asignatura Planificación y Programación de la Salud I, es el conocimiento de la situación real de salud de los habitantes de la Regional No. 3 "San Juan de Dios", la cual nos ha motivado para la elaboración de una serie de planes que puedan solucionar los problemas encontrados.

Para tal fin se adelantó una primera fase de recolección de información en los niveles central y regional del Servicio Seccional de Salud de Bogotá, en donde se obtuvieron las estadísticas de Morbilidad y mortalidad que permitieron la primera parte del análisis realizado.

Complementariamente y ante la imposibilidad de visitar la totalidad de los Centros de Salud que conforman la Regional en estudio, se seleccionaron dos de ellos con el propósito de conocer en el terreno, las acciones que para la solución de la problemática del sector se vienen adelantando en la actualidad.

Con base en toda esta información el grupo formula algunas recomendaciones generales que se pretende, sean un aporte para la solución de los problemas de salud de la mencionada comunidad.

## II. DESCRIPCION DE LA REGIONAL

### A. Base Legal

Fundada por resolución 082 del 15 de Julio de 1.976 por el Sistema de Salud de Bogotá; y fue establecida resolución 2181 de Abril 7 de 1.976 del Ministerio de Salud de acuerdo al decreto nacional # 056 de 1.975.

### B. Limites

Oriente : La Carrera 10a.

Norte : Calle 6a.

Occidente: De la 6a. con Avenida Caracas hasta la 27 Sur con caracas; de ahí hasta la 19 Sur con Carrera 24 por toda la 24 hasta la 46 sur.

Sur : Los Cerros del Sur.

### C. Población

0 - 4 años	149.399 habitantes	17.95%
5 - 14 años	226.695 habitantes	27.24%
15 - 44 años	353.971 habitantes	42. %
45 y más años	101.945 habitantes	12.24%
T o t a l	832.010 habitantes	99.96 %

Las edades comprendidas entre 15-44 años han sido divididas en :

Obstétricas	27.829 habitantes	3.34%
U.P.F. (Usuarias de Planificación Familiar) .	72.584 habitantes	8.72%
Otros	253.558 habitantes	30.47%

#### D. Barrios que Cubre

La Regional San Juan de Dios cubre 107 barrios que serán esbozados junto con los diferentes centros de salud.

#### E. Sistema Educativo

Se hacen demostraciones a los diferentes Centros de Salud y Escuelas sobre educación prenatal, natal e higiene actualmente se está iniciando una campaña llamada "Organización y Participación de la Comunidad" consistente en motivar a la comunidad con el fin que asistan con mas frecuencia a requerir los servicios como obligación que tienen estos de servir y que no piensen que es un favor que se les presta.

#### F. Servicios

Presenta luz en un 90% incluyendo el sector rural. El servicio de teléfono es insuficiente presenta un solo teléfono por barrio.

El agua y alcantarillado es deficiente hay piletas comunitarias para más de 300 personas. En el cinturón de la miseria no hay ningún programa de alcantarillado; la Regional está haciendo control de aguas en colegios, restaurantes y hospitales, programas de alcantarillado y sanitarios.

El transporte es deficiente, en algunos barrios existe pero la tarifa ha ido aumentando.

G. Organismos que dan Salud

Cuenta con 17 Centros de Salud

3 Hospitales oficiales mixtos

1 Hospital privado "San Carlos"

1 Hospital Universitario sede de la Regional "San Juan de Dios".

Centro de Salud # 7 - Quiroga

Quiroga

Santa Lucia

Centro de Salud # 14 - El Carmen

El Carmen

San Vicente de Ferrer

Centro de Salud # 15 – Tunjuelito

Tunjuelito

Abraham Lincon

Tunjuelito Sur

San Carlos

El Socorro

Molinos del Sur

Los Chircales

Centro de Salud # 16 – San Juan de Dios

Policarpa

San Bernardo

Ciudad Berna

Sevilla

Ciudad Jardín

Centro de Salud # 20 – Usme

Usme

Monteblanco

Yomasa

Tenerife

Usminia

Turmeque

Brazuelas

Concepción

El Uval

El Arca

Olarte

Centro de Salud # 31 - San José Obrero

San José Obrero

Country Sur

Gustavo Restrepo

Las Colinas

El Pesebre

El Sosiego

Pijaos

Centro de Salud # 34 - Meissen

El Recuerdo

Lucero Alto

Lucero Medio

Lucero Bajo

Meissen

La Tolba  
San Francisco  
México  
Las Acacias  
El Bosque  
Altos de Jalisco  
El Tesoro  
La Estrella  
San Joaquín  
La María  
Jarulia  
Las Palmas  
La Peña  
El Volador  
Marianas Unidas  
Alameda  
Sector La Esmeralda  
Sector Bogotá  
Sector Venezuela  
Sector Florida  
Sector Nutibara  
Potreritos  
Villa Gloria

Caprí

Florida

El Consuelo

Las Manos

María Elvira

Centro de Salud # 55 - San Jorge

San Jorge

Marco Fidel Suárez

Centro de Salud # 56 - La Granja de San Paulo

Granja de San Paulo

El Pesebre

Resurrección

Las Lomas

San Jorge Alto

Centro de Salud # 57 - San Agustín

San Agustín

Palermo Sur

Fiscola

Centro de Salud # 58 - Santa Martha

Regadera

Santa Martha

Porvenir

Alaska

Barranquillita

Santa Librada

Betamia

Cabañas

Almirante Padilla

Yomasa

Cortijo

San Luis

Villa Betty

San Juan Bautista

San Juan

Centro de Salud # 61 - San Benito

San Benito

San Carlos

La Luna

Las Colinas

Centro de Salud # 66 – La Victoria Centro Comunitario  
Sur-oriental de la Victoria.

Guacamayas

San Martín del Lobo

La Península

San Miguel

El Rodeo

Centro de Salud # 40 rurales  
# 60 rurales

Nazareth

Pasquilla

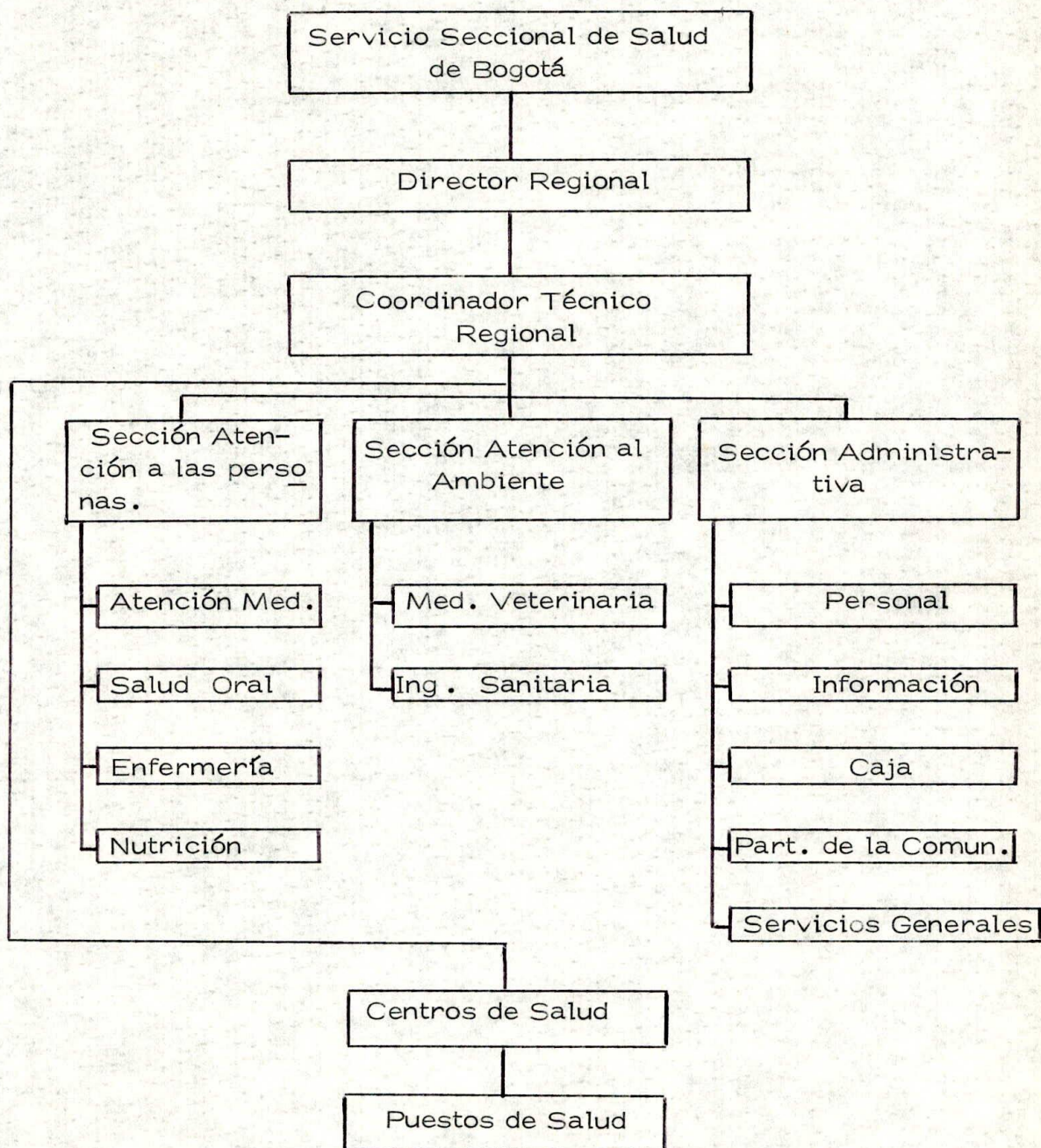
Pasquillita

El Hato

El Mochuelo Alto

El Mochuelo Bajo



H. Organización Administrativa

I. Relación existente de la Regional # 3 con las Demás Regionales

El mecanismo formal para la integración de la Regional 3 con las demás Regionales lo constituye el Comité Técnico del Servicio Seccional de Salud, ente asesor de la Jefatura del Servicio que se reúne semanalmente y en el cual participan además de los Coordinadores Técnicos Regionales, los Jefes de División y de Unidad así como el Coordinador Técnico Central, el Subsecretario y el Secretario.

J. Morbilidad y Mortalidad

Ver Cuadros adjuntos # 1 y # 2.

K. Descripción del Nivel Local

Para el conocimiento de este nivel se realizaron visitas a los Centros de Salud 31, San José Obrero y 20 Usme con el fin de saber su organización y funcionamiento. Lo observado en estos dos Centros se toma como representativo de este nivel para la totalidad de la Regional dado que por la brevedad del tiempo disponible dificultó hacerlo en todos y cada uno de los Centros de esta Regional.

CUADRO No. 1.- CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD, POR GRUPOS DE EDAD Y TOTAL. REGIONAL No. 3, BOGOTA 1.979.

CAUSA	0-4 años	5-14 años	15-44 años	45-59 años	60 y +	Total	%
Enfermedades de los dientes estructura de sostén.	58	1.303	344	32	14	1.868	14.7
Otras enfermedades del aparato genitourinario.	90	132	1.003	296	101	1.662	12.8
Enfermedades respiratorias agudas.	791	458	226	27	18	1.520	12.0
Helmintiasis	456	664	179	47	16	1.362	10.8
Enteritis y otras enfermedades diarreicas.	1.100	162	47	15	7	1.331	10.5

CUADRO No. 2.- CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR EDAD, SEXO Y TOTAL. REGIONAL No. 3 BOGOTA D.E. 1.979.

CAUSA	0-4 años			5-14 años			15-44 años			45-59 años			60 y + años			Total		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Enteritis y otras enfermedades diarreicas.	69	49	118	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	69	51	120
Otras neumonías	37	45	82	-	2	2	2	1	3	3	3	6	8	9	17	50	60	110
Enfermedades isquémicas del corazón.	-	-	-	-	1	1	4	1	5	14	5	19	36	40	76	54	47	101
Mal definidas	10	11	21	1	-	1	2	8	10	4	8	12	25	15	40	42	42	84
Enfermedades cerebrovasculares.	-	-	-	-	-	-	7	6	13	3	9	12	20	34	54	30	49	79
Accidente de vehículos.	3	3	6	8	3	11	25	8	33	10	2	12	5	3	8	51	19	70

1. Centro de Salud # 31 - San José Obrero

a. A las personas

- Atención materno infantil :

La atención se presta a prenatales controles y enseñanza en cuidados tanto para ella como para el hijo que espera, está dado por la enfermera jefe.

El pediatra atiende a escolares, una atención de 18 pacientes en el día y solamente en horas de la tarde.

Existe orientación respecto a planificación familiar. Se adelantan programas de nutrición llamados "PINA" que consiste en hacer repartición de alimentos como frijol de soya, bienestarina, carne enlatada aceite vegetal; la nutricionista de Bienestar Familiar va cada mes y los alimentos son repartidos cada 15 días.

La consulta del médico general se hace unicamente por la mañana, el médico trabaja medio tiempo del cual solo utiliza dos horas para la atención.

Por la tarde se atienden urgencias.

- Salud Oral

1. Acción Preventiva

La auxiliar de odontología hace aplicación de fluor, se les hace a diez niños por tres veces cada uno, cuando se termine se les cita a los seis meses.

2. Tratamiento Odontológico

Se prestan servicios de operatoria, obturaciones en amalgamas y resina y se hacen exodoncias.

Actualmente se atiende en escuelas y niños de cinco años; se les hace revisión y los que necesitan se les abre una carta. Como son muchas las escuelas, no se alcanza a atender sino unas durante el año.

3. Inmunizaciones

No se hace extramuralmente; todos los días se hacen vacunaciones y están organizadas así:  
Los miércoles de polio

El martes BCG

El viernes Sarampión

Todos los días DPT.

b. Atención al Medio Ambiente

Se efectúan vacunaciones masivas a perros todos los viernes. Se expiden patentes de sanidad a los establecimientos de la zona; se hacen visitas domiciliarias cuando lo solicitan.

No hay un buen control de basuras, el agua y alcantarillado son deficientes.

c. Organización del Centro

Existen cuatro médicos

Médico general de medio tiempo

Médico pediatra de medio tiempo

Médico de urgencias de medio tiempo

Médico de niños escolares

Médico director general.

Médico General

Trabaja medio tiempo pero solamente atiende durante

dos horas, haciendo 18 consultas cada uno.

Atiende por lo general a 18 pacientes pero si se presentan mas también les presta atención, si los casos que se presentan son de mayor complejidad los remite al hospital para que sean mejor atendidos.

Médico Pediatra

La doctora de niños escolares atiende 18 pacientes cada día. Los domingos se atiende unicamente inyectología y enfermería. El sábado el médico y odontólogo, trabajan dos horas cada uno. Hay cuatro auxiliares de enfermería.

Una enfermera jefe

Una auxiliar de odontología

Un inspector de saneamiento

Un encargado de la droguería

Una celadora diurna

Un celador nocturno

Dos aseadoras.

El servicio de droguería se presta con un descuento del 10% en las drogas. El horario de atención del Centro

empieza a las 8 a.m., terminando a las 4 p.m., pero si se presenta alguna urgencia se atiende hasta un poco mas tarde; se reparten fichas a las personas y se van atendiendo según su turno en la ficha. El horario de entrega de fichas es de siete y media de la mañana a dos de la tarde. Muchas de las personas no asisten al Centro a requerir de sus servicios.

En las horas de la mañana se atiende medicina general y odontología, por la tarde urgencias, pediatria y saneamiento.

La educación respecto a la higiene se hace por medio de charla y también se hace mucho énfasis en la importancia de la vacunación.

El personal desea trabajar, pero encuentra una serie de limitantes para hacerlo ya que el suministro de materiales para sus diferentes actividades no se los mandan y permanentemente hacen listas para enviar a la Secretaría de Salud, pero no son atendidas.

El médico por ejemplo solo cuenta con fonendoscopio y tensiometro para su consulta, careciendo de linterna y otros elementos importantes para un buen diagnóstico.

2. Centro de Salud # 20 - Usme

a. Servicio que se presta a las personas

- Medicina
- Odontología
- Saneamiento
- Enfermería
  
- Atención Materno Infantil

Se atiende a las prenatales, controles a las señoras en el parto, se remiten a San Juan de Dios Regional, actualmente no existe médico director.

Hay dos estudiantes de la facultad de Medicina de la Universidad Nacional que a partir del cinco de Mayo entran a trabajar por cinco semanas.

El Ministerio tiene un programa llamado M.A.C., el cual consiste en darle ayuda alimenticia a la mu

jer embarazada hasta cuando el niño tenga cuatro años . El médico trabaja tiempo completo.

- Salud Oral

1. Sección Preventiva :

Se hacia fluorización, pero por falta de material ha sido interrumpido.

2. Tratamiento Odontológico :

Se prestan los servicios de operatoria y exodoncias.

3. Inmunizaciones :

Se hace vacunación en escuelas.

b. Atención al Medio Ambiente

El control de basuras es nulo, las basuras son depositadas en potreros; el servicio de agua y alcantarillado es eficiente.

Los baños públicos están construidos pero no se han puesto al servicio, por negligencia de la máxima autoridad del pueblo.

c. Organización del Centro

1 médico tiempo completo

1 odontólogo de tiempo completo

1 enfermera jefe de tiempo completo.

El horario del médico comienza a las nueve de la mañana, terminando a las cuatro de la tarde, pero esto en la practica no se cumple, pues llega a las once y está saliendo a las tres. Atiende 18 consultas al día. Los sábados y domingos no hay atención.

La droguería fue cerrada hace un año por falta de personal para su atención, pues la auxiliar se retiró también hace un año. El horario de atención se presta de 9 a.m. a 4 p.m. las personas tienen que hacer cola para ser atendidos.

El mantenimiento del Centro es nulo no tienen teléfono, el centro tiene un gran problema que es el de carecer de buena ayuda; el alcalde por ejemplo no está interesado en el bienestar de la comunidad y esto impide que se desarrollen todos los programas.

Desde que fundaron la Regional el criterio ha sufrido cambios negativos, porque no le prestan la atención necesaria que se requiere, mientras que cuando le pertenecía directamente a la Secretaría de Salud esta ba en mejores condiciones de atención.

### 3. Conclusiones

Para hacer este análisis tomamos información de dos centros distantes el uno del otro para relacionar y comparar los servicios que prestan dichos Centros a la comunidad.

El Centro de Salud de Usme, como podemos ver la atención que presta a la comunidad es diferente comparado con el Centro # 31 San José Obrero, entre estos dos Centros además de existir una diferenciación geográfica, es decir, tie nen características como sector, Rural y Urbano, respe cti vamente en los cuales apreciamos que en los centros urbanos cuentan con mejores recursos para prestar el servicio, mientras que en el sector rural no es eficiente, los elementos materiales no son suficientes, ni tampoco el elemento hu mano, pues los profesionales no cumplen con los objetivos, por falta de motivación estatal ni tampoco la comunidad los

cumple. Mas aun cuando el Centro de Salud Rural necesita mejor servicio ya que la comunidad lo requiere con mas urgencia por la lejanía a la ciudad.

El aspecto mas relevante que impide el buen funcionamiento de los Centros de Salud es el de financiación, que puede estar determinado por la inversión del estado y/o por la planeación que se efectue de dichos proyectos.

También es importante la interrelación de los elementos componentes del sistema de salud tales como el medio ambiente, nutrición, higiene, educación, prevención, servicios públicos, etc., en la cual todos deben ofrecer factores de salud a la comunidad si estos elementos no reunen requisitos mínimos es muy difícil que estos Centros de Salud puedan alcanzar los objetivos que se han propuesto.

NOTA : Se adjuntan los formatos del subsistema de información para el nivel local que actualmente se utilizan.

### III. ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD SEGUN FACTORES CONDICIONANTES DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD

Para comenzar este análisis diremos que los datos obtenidos no son representativos de la situación real puesto que no todas las personas que pertenecen a la Regional asisten a ella para requerir los servicios y no se cubre a toda la población. Además a esta Regional acuden pacientes no solo de las demás Regionales sino también de otras ciudades del país.

Por otra parte cabe aclarar que tanto para morbilidad como para mortalidad, se hace referencia en orden descendente a las cinco primeras causas.

#### A. Morbilidad

##### 1. Enfermedades de los dientes y estructuras de sostén

La enfermedad dental es la más grave y de mayor incidencia entre los individuos de 5 a 14 años con un total de 1.303 casos y una tasa de 5.7% y entre los grupos de 15 a 44 años 344 casos y una tasa de 1.0% para un gran total entre todos los grupos de edad de 1.868 casos correspondientes a una tasa de 2.2%.

Factores intrasectoriales y extrasectoriales : Los recursos humanos no son suficientes para satisfacer las necesidades de la población; el servicio odontológico es poco eficaz por falta de motivación del personal por parte del estado.

El tratamiento odontológico se presta solamente en forma curativa, y en prevención es poco lo que se hace.

En cuanto a recursos físicos existen 17 Centros de Salud los cuales son insuficientes para cubrir los 107 barrios que pertenecen a la Regional.

En esta población hay más riesgo de enfermedad dental debido a falta de educación pues cuando acuden al odontólogo ya presentan dolor intenso y/o destrucción avanzada y por factores nutricionales.

## 2. Otras enfermedades del Aparato Genito-Urinario

Esta enfermedad colocada en segundo puesto de incidencia representa el 12.8% del total de la morbilidad con una tasa de 2.0‰.

#### Factores Intrasectoriales y Extrasectoriales.

Los recursos humanos existentes son insuficientes para cubrir el total de la población; además las personas no asisten por falta de educación; en general el nivel cultural y socio-económico es muy bajo lo cual es un obstáculo para la asistencia a los diferentes Centros de Salud.

La promiscuidad y el hacinamiento que existe entre las familias permite el desarrollo de este tipo de enfermedades.

### 3. Enfermedades Respiratorias Agudas

La bronconeumonía, enfermedad que tiene su mayor incidencia entre los menores de 4 años con una tasa de 5.3% y la población de 5 a 14 años con una tasa de 2.0%. Para la población general la tasa de 1.8%.

#### Factores Intrasectoriales y Extrasectoriales :

En relación al medio ambiente o habitat, las viviendas son inadecuadas; es común el desaseo, la falta de recreación, trabajos pesados tanto de adultos como de niños y en algunos casos la no asistencia al Centro de Salud para un diagnóstico oportuno.

4. Helminthiasis, Enteritis y otras Enfermedades Diarreicas  
Su mayor incidencia está entre la población de 0 - 4 años con un total de 1.362 casos de helminthiasis lo que corresponde al 10.8% de morbilidad y una tasa de 9.1% y en enteritis y otras enfermedades diarreicas 1.331 casos con el 10.5% de la morbilidad y una tasa de 8.9%.

#### Factores Extrasectoriales e Intrasectoriales :

El agua que recogen de las piletas públicas es potable, la gente la deposita en canecas sucias y las conserva por varios días convirtiéndose en impotable y permitiendo el desarrollo de microorganismos que afectan principalmente a los niños por sus bajas defensas. También el riego de hortalizas con aguas aposadas e infectadas son un medio de diseminación de estas enfermedades.

El saneamiento ambiental, la mala higiene, las necesidades sobre abastecimiento de agua, y la deficiente eliminación de desechos son algunos factores que inciden directamente sobre esta población.

## B. Mortalidad

### 1. Enteritis y otras Enfermedades Diarreícas.

Causa el mayor número de muertes ocupando el primer lugar, especialmente entre menores de cuatro años, en el cual produjo en el año de 1.979 un total de 120 muertes en esta Regional, lo cual equivale a una tasa de 8%o.

### 2. Otra Neumonías

Segunda causa de mortalidad entre las personas que componen esta población encontrándose la mayor incidencia entre los niños menores de 4 años, seguidos en menor proporción por las personas de 60 y más años.

### 3. Enfermedades Isquémicas del Corazón y Enfermedades Cerebrovasculares.

Con un total de 101 muertes por enfermedades isquémicas del corazón y 79 para accidentes cerebrovasculares, afecta más a las personas de 45 y más años.

Factores Estrasectoriales e Intrasectoriales :

El stress es un factor ambiental; estas personas se mantienen muy tensas por sus diferentes problemas tanto socia-

les como económicos.

#### 4. Accidentes de Vehículos de Motor

Está ocupando el quinto lugar en la incidencia de mortalidad en esta regional en el año 79, afectando prioritariamente a la población de 15 a 44 años que corresponde a aquella que es económicamente activa.

### C. Conclusiones

Entidades Patológicas de mayor morbilidad y mortalidad :

MORBILIDAD		MORTALIDAD
Enfermedad diarreíca y enteritis.	661	120
Enfermedades respiratorias agudas, neumonías.	575	110

Aunque los datos obtenidos nos demuestran claramente que no cubre toda la población puesto que no toda asisten a los diferentes Centros y Puestos de Salud de la Regional; este es un análisis objetivo que nos sirve para realizar un plan de demanda real que sea satisfecha y eficaz para resolver los problemas encontrados.

El sujeto de nuestro análisis es la población de la Regional # 3 "San Juan de Dios" cuyo total es de 832.010 habitantes de los cuales 634.960 corresponden a la población atendida.

La relación existente entre salud y diferentes factores que se desencadenan en morbilidad y mortalidad son principalmente bajo ingreso per-capita. y bajo nivel cultural y educativo, baja producción de alimentos y la mala distribución de estos así como deficientes controles de atención de la salud.

Todos estos factores identifican el porque de los daños encontrados en la Regional. El estado debe prestar más atención a problemas de carácter urgente como son : Educación, Nutrición, Trabajo, Vivienda y Servicios, por medio de instituciones especializadas o la realización de programas y planes de salud que respondan a la realidad de salud de la Regional No. 3.

#### IV. PRONOSTICO

El pronóstico es favorable porque se pueden realizar una serie de programas con los cuales mejoraría la situación de salud de la Regional.

## V. FORMULACION DE PLANES

Para este punto creemos necesario hacer una enumeración de las necesidades de la comunidad, teniendo en cuenta las principales causas de morbilidad y mortalidad encontradas durante el estudio de la Regional; hemos elaborado el siguiente listado :

### Atención a las personas:

Educación

Nutrición

Inmunizaciones

Atención Médica

Atención Odontológica

### Atención al Medio Ambiente :

Control de Agua

Control de alimentos

Control de excretas y recolección de basuras

Control de zoonosis

Visitas domiciliarias

### A. Establecimiento de Metas

Desde el punto de vista tiempo hemos elaborado un plan a cor-

to plazo que son los usuales en el sector salud. El propósito del plan es iniciar una serie de acciones que propendan por el mejoramiento del nivel de salud de la población, con especial énfasis en las entidades nosológicas descritas en el diagnóstico.

El objetivo primordial es cubrir el 100% de la población calculada; teniendo en cuenta el estimativo del aumento de la población en un 10%.

Los recursos necesarios para la realización del plan son :

Recursos humanos

Recursos físicos

Recursos financieros

Recursos técnicos

Recursos materiales

## B. Establecimiento de los Recursos

### 1. Recurso Humano :

Es el que afronta mayores problemas en nuestra Regional por lo cual se hace necesario integrar a la misma, al personal capacitado y motivar al existente con buena remun-

neración, actualizaciones y suministrándole adecuados y suficientes recursos para que puedan desarrollar eficientemente sus actividades; además , es indispensable que exista un funcionario con la suficiente autoridad para hacer cumplir las diferentes políticas de dicha institución.

Dentro de estas políticas encontramos como primordial, el establecimiento de una norma que le de estabilidad al personal. Deben definirse prioridades tomando en cuenta las necesidades de atención del paciente y concientizando al personal de la importancia de su papel en la solución de esta problemática.

## 2. Recurso Físico

Debemos contar con un establecimiento con una capacidad que este de acuerdo a la población a cubrir; con características de ambientación y funcionalidad para cumplir los diferentes programas a desarrollar y satisfacer las necesidades de la comunidad.

Las actividades a desarrollar serán en los 3 niveles de atención, entonces deberemos mejorar las plantas físicas

existentes haciéndoles un mantenimiento permanente consistente en pintura, aseo y mejoramiento de sus servicios como agua, luz y alcantarillado.

En sectores que no cuentan con establecimientos construir los según el presupuesto dado por el estado; para así tratar de cubrir en su totalidad la población.

### 3. Recurso Financiero

Los recursos están interrelacionados y entre ellos el recurso financiero juega un papel primordial ya que se debe tener un presupuesto para desarrollar los programas identificando el personal, las actividades a realizar, el suministro de materiales, la dotación de equipos y la satisfacción de las demás necesidades que se presenten.

### 4. Recurso Técnico

Teniendo en cuenta los objetivos que hemos esbozado y para lograr la eficiencia de los recursos, que estarán representados en los diferentes niveles de atención, es necesario definir las normas que van a regir la ejecución de las acciones bien sea adecuando las existentes o estableciendo nuevas según las necesidades del plan.

Cuales

?

#### 5. Recurso Material

Para la realización del plan se necesitan una serie de materiales como son : instrumental tanto de tipo odontológico como como médico, así como materiales de consumo .

Según el presupuesto dado por el programa se debe adquirir oportunamente todos estos materiales y distribuirlos a todos los sectores que estarán en contacto directo con el paciente .



BIBLIOGRAFIA.-

Revista Servicio de Salud de Bogotá 1.979 - 2.000

Programa de Actividades del Servicio de Salud de Bogotá, 1.979

\*\*\*\*\*

OBSERVACIONES

B.C.G.    Contra Tuberculosis.

POLIO:    Contra Poliomiélitis.

(    Parálisis Infantil    )

D. P. T:    Contra Difteria, Tosferina

          y Tétanos.

T. D.        Contra Tétanos y Difteria.

---

PROTEJA A SUS HIJOS  
VACUNANDOLOS

OPORTUNAMENTE



SERVICIO DE SALUD DE BOGOTÁ

D. E.

ORGANISMO:

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

Nombre del Vacunado:

---

Doc. Identidad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:

---

TIPO DE	D O S I S							O B S E R V A C I O N E S
	1a. o/ Unica	2a.		3a.		Refuerzo		
	Fecha	FECHA		FECHA		FECHA		
	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	
B. C. G.		X	X	X	X			
SARAMPION		X	X	X	X			
FIEBRE AMARILLA		X	X	X	X	X	X	
POLIO								
D. P. T.								
T. D.				X	X			
OTRA								
OTRA								

Sello del Organismo

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA D.E.  
DIVISION DE EPIDEMIOLOGIA

CONSTANCIA DE VACUNACION

Fecha \_\_\_\_\_ Centro de Salud N° \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS

Ha sido vacunado contra \_\_\_\_\_

(FIRMA Y SELLO DEL VACUNADOR)

Forma E-072

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA D.E.

CENTRO DE SALUD No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO

CONSERVE EN BUEN ESTADO ESTE DOCUMENTO

*ANULADO*  
TARJETA DE IDENTIFICACION  
Y DE CITAS

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

H. CLINICA No. \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

CLASIFICACION S.E. \_\_\_\_\_



DISTRITO ESPECIAL DE BOGOTA

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA

LABORATORIO

	2	No.
--	---	-----

## REACCIONES LUETICAS

Centro No. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Carpeta F. No. \_\_\_\_\_ C. de C. No. \_\_\_\_\_

V. D. R. L. (Cardiolipina) \_\_\_\_\_

Kolmer - Reiter) \_\_\_\_\_

Firma, \_\_\_\_\_

REACTIVO - Que el suero del paciente contiene reaginas.

NO REACTIVO - No contiene reaginas

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA D.E.

CENTRO DE SALUD No. \_\_\_\_\_ HISTORIA CLINICA

No. \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

APELLIDOS

PATerno

MATerno

MASCULINO

SEXO

NOMBRES

FEMENINO

PADRE

MADRE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION \_\_\_\_\_

FECHA DE APERTURA \_\_\_\_\_

TARJETA INDICE

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA D.E

DIVISION DE ATENCION MEDICA

Centro No. \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Bogotá \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 1.9 \_\_\_\_\_

**R/**

ANULADO

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA D. E.  
DIVISION DE EPIDEMIOLOGIA

PROGRAMA CONTROL DE TUBERCULOSIS

TARJETA INDICE DE CASOS POSITIVOS

Organismo de Salud \_\_\_\_\_

AÑO

NUMERO INDICE

--	--

--	--	--	--

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre(s)

Historia Clínica \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ C.C. o T.I. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Persona responsable \_\_\_\_\_

Fecha de inscripción \_\_\_\_\_

# INFORME DE NOVEDADES

Para \_\_\_\_\_

De \_\_\_\_\_

( EMPLEADO )

Cargo \_\_\_\_\_

Salió \_\_\_\_\_ Regresó \_\_\_\_\_

Licencia

Permiso

Vacaciones

Calamidad doméstica

Compensatorio

Enfermedad

Ausencia

Otros

0

Atentamente

\_\_\_\_\_

DISTRITO ESPECIAL DE BOGOTA  
SERVICIO DE SALUD PUBLICA  
LABORATORIO

	3	Nº
--	---	----

## U R O A N A L I S I S

Centro N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Carp. F. N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_

### EXAMEN FISICO

Color \_\_\_\_\_

Olor \_\_\_\_\_

Aspecto \_\_\_\_\_

Sedimento \_\_\_\_\_

pH. \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_

Densidad \_\_\_\_\_

### EXAMEN QUIMICO

Albúmina \_\_\_\_\_

Glucosa \_\_\_\_\_

Pig. Bil. \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

C. Cetónicos \_\_\_\_\_

### EXAMEN MICROSCOPICO

Cel. Epit. \_\_\_\_\_

Leucocitos \_\_\_\_\_

Glóbulos de pus \_\_\_\_\_

Hematíes \_\_\_\_\_

Cilindros \_\_\_\_\_

Bacterias \_\_\_\_\_

Levaduras \_\_\_\_\_

Cristales \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ANULADO

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA. D. E.

DIVISION DE EPIDEMIOLOGIA

LABORATORIO

EXAMENES VARIOS

Centro No. \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Historia No. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Muestra de \_\_\_\_\_

Resultado \_\_\_\_\_

ANULADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

SOLICITE SUS EXAMENES EN LETRA DE IMPRENTA

FORMA - E

# SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA, D. E.

## HOJA OBSTETRICA

Historia Clínica No. \_\_\_\_\_

Centro de Salud No. \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos		paterno	materno	y de casada	
Lugar de nacimiento		fecha	ocupación		
menarquia	ciclo	última regla	fecha probable del parto	tipo pelvis	
fecha del último parto		condiciones último parto		anomalías	
Observaciones:					

ANULADO

### DIAGNOSTICO GENERAL ACTUAL

aparato respiratorio		aparato circulatorio		aparato digestivo	
aparato génito urinario		sistema nervioso		piel y otros	
orofaringe	tórax	abdomen	extremidades		

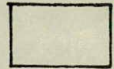


SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA D.E.  
SECRECION GENITAL DE

CENTRO DE SALUD \_\_\_\_\_  
HISTORIA CLINICA \_\_\_\_\_  
C.C. ó T.I. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Apellidos                      \_\_\_\_\_ Nombre                      \_\_\_\_\_ Edad  
\_\_\_\_\_ Firma del Médico                      \_\_\_\_\_ Código                      \_\_\_\_\_ Fecha

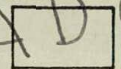
Para el Laboratorio



**EXAMEN EN FRESCO**

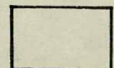
Cel. Epiteliales \_\_\_\_\_  
Pocitos \_\_\_\_\_  
Leucocitos \_\_\_\_\_  
Eritrocitos \_\_\_\_\_  
Trichomonas \_\_\_\_\_  
Hongos \_\_\_\_\_

*ANULLADO*



**COLORACION**

Flora Gram Pos. \_\_\_\_\_  
Flora Gram Neg. \_\_\_\_\_  
Bac. Doderlein \_\_\_\_\_  
Neisserias \_\_\_\_\_  
Mimeae \_\_\_\_\_  
Hemophilus \_\_\_\_\_  
Trichomonas \_\_\_\_\_  
Candidas \_\_\_\_\_



**CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA**

\_\_\_\_\_ Fecha Entrega                      \_\_\_\_\_ Bacteriólogo

## SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DIVISION DE EPIDEMIOLOGIA

Solicitud de Examen No. \_\_\_\_\_ Envase \_\_\_\_\_

Clase de Leche \_\_\_\_\_

Fecha de Recibo \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Fecha de Análisis \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Responsable de la Muestra \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

### EXAMEN FISICO-QUIMICO

ANULADO

Temperatura	_____	°C.
Densidad	_____	°
Materia Grasa P/P	_____	%
Sólidos no graso P/P	_____	%
Sólidos totales P/P	_____	%
Agua constitución P/P	_____	%
Sólidos no grasos Bertuzzi P/V	_____	%
Disminución de grasa	_____	%
Disminución de sólidos no grasos	_____	%
Acidez (Expresada Acido Láctico)	_____	g/100 ml.
pH	_____	
Fosfatasa	_____	
Peroxidasa	_____	
Adulterantes	_____	
Preservativos	_____	
Sedimento	_____	
Reductasa	_____	

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

ANALISTA

JEFE DE LABORATORIO

Nombre

Nombre

# SECRETARIA DE SALUD PUBLICA

## COMPROBANTE DE TOMA DE MUESTRAS

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Establecimiento \_\_\_\_\_  
 Vehículo \_\_\_\_\_ Placas \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Funcionario \_\_\_\_\_ Propietario \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Testigos \_\_\_\_\_

No. IDENTI.	No. MATRC.	PRODUCTO	EXAMENES			CANTIDAD	P R O C E D E N C I A
			Q	B	O		
ANULADO							

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_ Propietario o Encargado \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Testigos \_\_\_\_\_

Funcionario \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ C.C. No. \_\_\_\_\_  
 CODIGO \_\_\_\_\_ C.C. No. \_\_\_\_\_

BOGOTA DISTRITO ESPECIAL  
SECRETARIA DE SALUD PUBLICA  
LABORATORIO - BROMATOLOGIA

FORMA LB-004

No. de Solicitud \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_ No. de Orden \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

MUESTRA DE \_\_\_\_\_ REMITE \_\_\_\_\_

EXAMEN FISICO - QUIMICO

EXAMEN BACTERIOLOGICO

R P S /

R C /

PPC:

R H y L:

G. Anaerobios:

Otros Gérmenes

ANULADA

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANALISTA

ANALISTA

Vo. Bo. \_\_\_\_\_

QUIMICO JEFE

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA  
DIVISION EPIDEMIOLOGIA - LABORATORIO

Solicitud de Examen No. \_\_\_\_\_

Clase de Leche \_\_\_\_\_ Envase \_\_\_\_\_

Fecha Recibo \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Fecha Análisis \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Responsable de la muestra \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

EXAMEN FISICO-QUIMICO

Temperatura \_\_\_\_\_ °C.  
Densidad \_\_\_\_\_  
Materia Grasa P/P \_\_\_\_\_ %  
Sólidos no grasos P/P \_\_\_\_\_ %  
Sólidos totales P/P \_\_\_\_\_ %  
Agua constitución P/P \_\_\_\_\_ %  
Sólidos no grasos (Bertuzzi) P/V. \_\_\_\_\_ %  
Disminución de grasa \_\_\_\_\_ %  
Disminución de Sólidos no grasos \_\_\_\_\_ %  
Acidez (Expresada Acido Láctico) \_\_\_\_\_ g/100Ml.  
pH \_\_\_\_\_  
Fosfatasa \_\_\_\_\_  
Peroxidasa \_\_\_\_\_  
Adulterantes \_\_\_\_\_  
Preservativos \_\_\_\_\_  
Sedimento \_\_\_\_\_  
Reductasa \_\_\_\_\_  
Observaciones \_\_\_\_\_

ANALISTA

Jefe Laboratorio

# DISTRITO ESPECIAL DE BOGOTÁ - SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

DIVISION SANEAMIENTO AMBIENTAL

## REGISTRO - ESTABLECIMIENTOS

Centro de Salud No. \_\_\_\_\_

Regional \_\_\_\_\_

Area Fumigable \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Ficha No \_\_\_\_\_ Alcaldía No \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Actividad Económica (Destinación) \_\_\_\_\_ Código C.I.U.         

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre o Razón Social del Establecimiento \_\_\_\_\_ Turnos de Trabajo: Diurno  Nocturno

Productos Elaborados o Servicios \_\_\_\_\_

Producto o Servicio Predominante \_\_\_\_\_

Nombre del Propietario del Inmueble \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal o Responsable \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

FECHA	Código del Funcionario	PERSONAL OCUPADO						PRESENCIA DE RIESGOS OCUPACIONALES													METODOS DE PROTECCION EXISTENTES								MOLESTIAS A LA COMUNIDAD											
		Administrativo		Técnico		Planta Operario		FISICOS				QUÍMICOS			BIOLOGICOS		DE ACCIDENTES				EXISTENTES																			
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Ruido	Temp. Extrem.	Frio	Calor	Radiaciones	Otros	Iluminación Inadecuada	Polvos	Humos	Gases	Vapores	Contacto con Líquidos	Contacto con Animales	Muertos	Productos	Por Areas de Trabajo	Circulación	Almacenamiento	Maquinaria y Equipo peligrosos	Incendio y Explosión	Ventilación	Aislamiento	Protección personal			Personal	Control médico Especial	Olores	Pobros	Gases Humos	Ruido	Líquidos	Sólidos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	

83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98





**Servicio de Salud de bogotá d.e.**

ANULADO

A simple, handwritten mark or signature in black ink, located at the bottom center of the page. It appears to be a stylized letter or a short signature.





# HOJA DE REMISION

## SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA, D. E.

**A**

DEL CENTRO DE SALUD No. \_\_\_\_\_ AL HOSPITAL \_\_\_\_\_

FECHA DE REMISION: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

IDENTIFICACION DEL PACIENTE			No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. HISTORIA CLINICA	EDAD
1er. Apellido	2o. Apellido	Nombre			

ANTECEDENTES:

ENFERMEDAD ACTUAL:

Hallazgos Clínicos:	Ta.	Pulso T
Datos de Laboratorio		

Tratamientos efectuados

Impresiones Diagnósticas de Remisión:

ANULADO

Atención Solicitada:

Nombre y Firma del Médico que remite

DESPRENDIBLE PARA EL HOSPITAL

NOMBRE DEL HOSPITAL:

Identificación del Paciente	Dto. Identidad	Edad	No. Historia Clínica

Remitido por:	Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso
Centro de Salud No.		
Servicios Efectuados:		
Pago por Cuota de Complementación \$		

Nombre y Firma del Funcionario Responsable

# SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA, D. E.

**B**

DEL HOSPITAL \_\_\_\_\_ AL CENTRO DE SALUD No. \_\_\_\_\_

FECHA DE REMISION: \_\_\_\_\_ SERVICIO RESPONSABLE \_\_\_\_\_

DIA      MES      AÑO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE			EDAD	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. HISTORIA CLINICA
1er. Apellido	2o. Apellido	Nombre			

**Diagnósticos (en orden de importancia):**

De Ingreso: 1o. ASMA

                  2o. ANEMIA

                  3o. DIABETES

De Egreso: 1o. ASMA

                  2o. ANEMIA

                  3o. DIABETES

**Tratamientos efectuados:** Hospitalario  Ambulatorio

ASMA

**Recomendaciones para el Control y Seguimiento del Paciente:**

ASMA

Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_

Fecha de Egreso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Médico Tratante

Servicio Hospitalario a que pertenece

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA, D. E.  
COPROLOGICO DE

CENTRO DE SALUD \_\_\_\_\_  
HISTORIA CLINICA \_\_\_\_\_

APellidos

NOMBRE

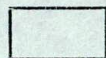
EDAD

FIRMA DEL MEDICO

CODIGO

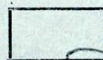
FECHA

PARA EL LABORATORIO



PARASITOLOGICO

H. Tricocéfalo \_\_\_\_\_  
H. Ascaris \_\_\_\_\_  
H. Uncinarias \_\_\_\_\_  
H. Tenias \_\_\_\_\_  
H. Oxiurus \_\_\_\_\_  
Larvas \_\_\_\_\_  
Q. E. Histolítica \_\_\_\_\_  
Q. E. Coli \_\_\_\_\_  
Q. G. Lambija \_\_\_\_\_  
Q. Iodameba \_\_\_\_\_  
Q. E. Nana \_\_\_\_\_  
Tricomonas \_\_\_\_\_  
Balantidium \_\_\_\_\_  
Trofozoitos amibas \_\_\_\_\_



FISICO

Color \_\_\_\_\_  
Consistencia \_\_\_\_\_  
Reacción \_\_\_\_\_



MICROQUIMICO

Grasas Neutras \_\_\_\_\_  
A. Grasos \_\_\_\_\_  
Jabones \_\_\_\_\_  
Almidón \_\_\_\_\_  
Celulosa \_\_\_\_\_  
Sangre \_\_\_\_\_  
Moco \_\_\_\_\_  
Pus \_\_\_\_\_

FECHA ENTREGA

BACTERIOLOGO

# MEMORANDO



BOGOTA, D. E.

Para:

De:

Fecha:

Asunto:

ANULADO

---

Por favor: si el espacio es suficiente, conteste en esta misma hoja.

**SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA D.E.**  
**DIVISION DE ATENCION MEDICA**

CENTRO DE SALUD No. \_\_\_\_\_

HISTORIA CLINICA No. \_\_\_\_\_

TRASLADO AL CENTRO DE SALUD No. \_\_\_\_\_

Apellidos Paterno Materno  
 \_\_\_\_\_  
 Nombres  
 \_\_\_\_\_  
 Padre  
 \_\_\_\_\_

SEXO Masculino   
 Femenino  EDAD \_\_\_\_\_  
 Madre  
 \_\_\_\_\_

Documento de identificación \_\_\_\_\_ Fecha de apertura \_\_\_\_\_  
 Dirección del Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Ocupación del Padre \_\_\_\_\_ Ocupación de la madre \_\_\_\_\_  
 Ingreso Mensual de la Familia PADRE \_\_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_\_  
 Número de Hermanos HOMBRES \_\_\_\_\_ MUJERES \_\_\_\_\_ TOTAL \_\_\_\_\_  
 Persona que lo acercó al Centro de Salud \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Antecedentes Médicos inmediatos causa por la cual acude al Centro de Salud \_\_\_\_\_

VACUNACIONES	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
ANTIVARIOLICA P.						
ANTIVARIOLICA R.						
B. C. G. P.						
B. C. G. R.						
D. P. T. 1a. D.						
D. P. T. 2a. D.						
D. P. T. R.						
POLIO ORAL 1a. D.						
POLIO ORAL 2a. R.						
POLIO ORAL R.						
FIEBRE AMARILLA 1a. D.						
FIEBRE AMARILLA R.						

TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA

CEPILLADO: 1 v.  2 v.  3 v.  NO  CARIES DENTAL: AGUDA  CRONICA

GINGIVITIS MARGINAL  PAPILAR  GENERAL  CODIGO ODONTOLOGICO

INTERVENCION PRACTICADA

FECHA	DIENTE	FECHA	DIENTE
	+		+
	+		+
	+		+
	+		+
	+		+

INFORME MENSUAL LABORATORIO CLINICO

Laboratorio No. \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año de 197\_\_

Número	Días Trabajados	X Días Trabajados

Licenciadas y Bacteriólogas  
 Auxiliares de Laboratorio  
 Otro Personal

TIPO DE MUESTRAS	Tomadas en Laboratorio	Recibidas Centros	TOTALES
Sangre			
Materias Fecales			
Orina			
Espustos			
Secreciones			
"			
TOTALES			

EXAMENES REALIZADOS

HEMATOLOGIA

- 1 - Hematocrito
- 2 - Hemoglobina
- 3 - Cuadro Rojo
- 4 - Leucograma
- 5 - Eritrosedimentación
- 6 - Tiempo de Coagulación
- 7 - Tiempo de Sangría
- 8 - Tiempo Protombina
- 9 - Recuento Plaquetas
- 10 - Grupo Sanguíneo
- 11 - R. H.
- 12 - Reticulocitos
- 13 - Hemoparásitos
- 14 - Fragilidad Capilar

Handwritten marks: a large 'D' shape, a large 'A' shape, and a large 'U' shape.

QUIMICA SANGUINEA

- 1 - Glicemia
- 2 - Curva de Glicemia
- 3 - Proteínas Totales
- 4 - Albúmina
- 5 - Colesterol
- 6 - Creatinina
- 7 - Esteres del Colesterol
- 8 - Nitrógeno Uréico
- 9 - Fosfatasa Alcalina
- 10 - Índice Ictérico
- 11 - Turbidez del Timol
- 12 - Hanger
- 13 - Bilirrubinas

Handwritten marks: a large 'U' shape and a large 'A' shape.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SEROLOGIA

- 1 - Reacción Serológica Cualitativa
- 2 - Reacción Serológica Cuantitativa
- 3 - Antiestreptolisinas
- 4 - R.H. Cuantitativo
- 5 - Proteína C. Reactiva
- 6 - Prueba de Combs
- 7 - Prueba de Embarazo

## UROANALISIS

- 1 - Examen Físico
- 2 - Albúmina Cualitativa
- 3 - Glucosa Cualitativa
- 4 - Dosificación Albúmina
- 5 - Pigmentos Biliares
- 6 - Hemoglobina
- 7 - Cuerpos Cetónicos
- 8 - Sedimento Fresco
- 9 - Sedimento Coloreado

## COPROANALISIS

- 1 - Parasitológico
- 2 - Sangre Oculta

## MICROBIOLOGIA

- 1 - Vaginal en Fresco
- 2 - Vaginal Coloreado
- 3 - Uretral en Fresco
- 4 - Uretral Coloreado
- 5 - Campo Oscuro
- 6 - Baciloscopias
- 7 - Frotis Garganta
- 8 - Cultivo Uretral
- 9 - Cultivo Vaginal
- 10 - Cultivo de Garganta
- 11 - Cultivo Otico
- 12 - Cultivo Secreción Conjuntival
- 13 - Coprocultivo

U R O A N A L I S I S

Fecha en que se rinde la información

Firma del Médico Director

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA, D. E.  
LABORATORIO DE SALUD PUBLICA  
BROMATOLOGIA

Solicitud No \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Boletín No \_\_\_\_\_  
Clase de Alimentos \_\_\_\_\_  
Fecha de Recibo \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_

EXAMEN FISICO-QUIMICO

EXAMEN BACTERIOLOGICO

ANULADO

ANALISTA

ANALISTA

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vo Bo

Químico Jefe

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE BOGOTA D.E .

EL SUSCRITO MEDICO DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD No.

CERTIFICA :

Que el señor ( a ) \_\_\_\_\_

prestó sus servicios como \_\_\_\_\_

los días \_\_\_\_\_ de las \_\_\_\_\_ m., a las \_\_\_\_\_ m.

\_\_\_\_\_ de las \_\_\_\_\_ m., a las \_\_\_\_\_ m.

las noches \_\_\_\_\_ de las \_\_\_\_\_ m., a las \_\_\_\_\_ m.

\_\_\_\_\_ de las \_\_\_\_\_ m., a las \_\_\_\_\_ m.

Durante el presente mes trabajó los siguientes dominicales y festivos : \_\_\_\_\_

Con un día de descanso fueron compensados los siguientes: \_\_\_\_\_

NOVEDADES QUE AFECTAN EL PAGO DE RECARGO NOCTURNO  
FESTIVOS Y DOMINICALES.

Excusas médicas: Número de días: \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ de 1.97

Vacaciones: Número de días \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 1.97 al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ 1.97

Permisos : Número de días \_\_\_\_\_ a partir del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 1.97

Licencias sin derecho a sueldo : Número de días \_\_\_\_\_ a partir del \_\_\_\_\_

Compesatorioss : Número de días \_\_\_\_\_ a partir del \_\_\_\_\_  
al \_\_\_\_\_ de 1.97

Otros : \_\_\_\_\_

En conformidad con los datos expuestos ,

\_\_\_\_\_  
Médico Director del centro No.

V<sup>o</sup> B<sup>o</sup>

\_\_\_\_\_  
Coordinador

Enterado ,

\_\_\_\_\_  
Empleado

Espacio para ser utilizado únicamente por la secretaría de salud ( oficina de personal )

Compesatorio pendiente :

Observaciones \_\_\_\_\_





FECHA		RECOMENDACIONES	FIRMA DEL SUPERVISOR	CODIGO	FIRMA DEL SUPERVISADO	Me declaro conforme	Solicito Revisión	OBSERVACIONES
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

A  
 M  
 U  
 N  
 I  
 D  
 A  
 D  
 O

REGISTRO INDIVIDUAL DE EGRESO HOSPITALARIO

SIS-110 (R-79)

No. DE ORDEN EN EL MES

CODIGO DE LA INSTITUCION

Egreso No. (en el año)

HISTORIA CLINICA No.

6

14

I - DATOS DEL PACIENTE

Primer apellido EDAD		Segundo apellido SEXO		Apellido de casada RESIDENCIA HABITUAL		Nombres	
Sies menor de 1 año, en meses, si es mayor, en años		18		Departamento		19 20	
15 Meses 17		2 Años 17		Municipio		21 23	
		1 Hombre 2 Mujer		Zona Urbana 24		Zona Rural 24	
TIENE DERECHO A SERVICIOS MEDICOS COMO		TIPO DE INSTITUCION ASEGURADORA		I. S. S.		Otras	
Afiliado 1 25		Beneficiario 2 25		No Asegurado 3 25		Cajas de prevision 2 26	
						Ninguna 4 26	

II - DATOS DE HOSPITALIZACION

ADMITIDO POR:		INGRESO		EGRESO		DIAS DE PERMANENCIA	
Consulta externa 1		Urgencias 2		Nacido en Hospital 3		Otros 4	
27		27		28 Dia Mes Año 33		34 Dia Mes Año 39	
						40 43	
EGRESO DEL SERVICIO DE :				LA HOSPITALIZACION ES PAGADA ?			
Medicina 1		Cirugia 2		Ginecoobstetricia 3		Si 1 No 2	
44		44		44		45 45	
Pediatria 4		Otras Especialidades 5		Indiferenciado 6			

III - CONCEPTO MEDICO

1) Diagnostico que justifica la mayor parte de la duracion de la Hospitalizacion			
2) Otros Hallazgos Diagnosticos		46 49	
ESPECIFIQUE SI EL PACIENTE PRESENTO :		ESTADO DEL PACIENTE AL EGRESO :	
Accidente de Trabajo 1		Mejor 1	
Enfermedad Profesional 2		Igual o Peor 2	
No Aplicable 3 50		Muerto antes de 48 horas de ingreso 3	
		Muerto despues de 48 horas de Ingreso 4 51	
TIPO DE INTERVENCION REALIZADA EN SALAS DE CIRUGIA O PARTO			
52 54			
EN CASO DE PARTO, ATENDIDO POR:		MEDICO QUE AUTORIZA EL EGRESO	
Medico 1		Nombre	
Enfermera 2		Firma	
Auxiliar u Otro 3			
No Aplicable 4		REVISADO POR:	
55			



III. SERVICIO DE OBSTETRICIA

PARTOS Y ABORTOS		
ATENDIDOS POR:	De 20 Semanas ó menos	De más de 20 semanas
Médicos		
Personal Enfermería		
<b>TOTAL</b>		
Esponáneos		
Intervenidos (Excluye Cesáreas)		
Cesáreas		
<b>TOTAL</b>		

NACIMIENTOS		
PESO AL NACER	VIVOS	MUERTOS
2.500 Gramos ó menos	De Más de 20 Semanas	
	De 20 Semanas ó Menos	
Con más de 2.500 Gramos	De Más de 20 Semanas	
	De 20 Semanas ó Menos	
<b>TOTALES</b>		

Nombre del Director del Organismo ó Nivel

Firma y Sello

---



---

# RESUMEN MENSUAL DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

INSTITUCION U ORGANISMO \_\_\_\_\_ ( TIPO Y NOMBRE ) \_\_\_\_\_ CODIGO \_\_\_\_\_

SECCION DEL PAIS \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

## I. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

FILA	ACTIVIDADES	TOMAR DE SIS 160 Col.	5 - 14	15 - 44 OBSTETRICAS	OTROS	TOTAL
1	SESION DE 1ª VEZ	(COL. 3)				
2	SESION REPETIDA	(COL. 4)				
3	PACIENTES INICIADOS	(COL. 8)				
4	PACIENTES TERMINADOS	(COL. 36)				
5	TOTAL DE ATENCIONES EN LAS SESIONES	(COL. 5)				
6	OPERATORIA	ATENCION DE 1ª VEZ	(COL. 9)			
7		ATENCION REPETIDA	(COL. 10)			
8		DIENTE OBTURADO - MATERIAL INTERMEDIO	(COL. 11)			
9		DIETE OBTURADO- MATERIAL DEFINITIVO	(COL. 12)			
10		TRATAMIENTOS TERMINADOS	(COL. 13)			
11	ENDODONCIA	ATENCION DE 1ª VEZ	(COL. 14)			
12		ATENCION REPETIDA	(COL. 15)			
13		DIENTES TERMINADOS	(COL. 16)			
14		TRATAMIENTOS TERMINADOS	(COL. 17)			
15	PERIODONCIA	ATENCION DE 1ª VEZ	(COL. 18)			
16		ATENCION REPETIDA	(COL. 19)			
17		TRATAMIENTOS TERMINADOS	(COL. 20)			
18	CIRUGIA ORAL	ATENCION DE 1ª VEZ.	(COL. 21)			
19		ATENCION REPETIDA	(COL. 22)			
20		TRATAMIENTOS TERMINADOS	(COL. 23)			
21		EXODONCIA	EN TEMPORALES	(COL. 6)		
22	EN PERMANENTES		(COL. 7)			
23	MEDICINA ORAL	ATENCION DE 1ª VEZ	(COL. 24)			
24		ATENCION REPETIDA	(COL. 25)			
25		TRATAMIENTOS TERMINADOS	(COL. 26)			
26	PROTESIS	ATENCION DE 1ª VEZ	(COL. 27)			
27		ATENCION REPETIDA	(COL. 28)			
28		APARATOS PARCIALES REMOVIBLES	(COL. 29)			
29		APARATOS PARCIALES FIJOS	(COL. 30)			
30		APARATOS TOTALES	(COL. 31)			
31		TRATAMIENTOS TERMINADOS	(COL. 32)			
32	ORTODONCIA	ATENCION DE 1ª VEZ	(COL. 33)			
33		ATENCION REPETIDA	(COL. 34)			
34		TRATAMIENTOS TERMINADOS	(COL. 35)			

II. SESIONES DE PRIMERA VEZ (Col. 3)

FILA	GRUPO DE POBLACION	NIVEL			TOTAL
		LOCAL	REGIONAL	MAXIMA TECNOLOG.	
35	5 - 14 AÑOS				
36	15- 44 AÑOS OBSTETRICAS				
37	OTROS				
38	TOTAL				

III. CUANTIFICACION DE SESIONES (Col.3+4)

FILA	GRUPO DE POBLACION	NIVEL			TOTAL
		LOCAL	REGIONAL	MAXIMA TECNOLOG.	
39	5-14 AÑOS				
40	15-44 AÑOS OBSTETRICAS				
41	OTROS				
42	TOTAL				

IV. HORAS CONTRATADAS.

FILA	GRUPO DE POBLACION	NIVEL			TOTAL
		LOCAL	REGIONAL	MAXIMA TECNOLOG.	
43	5-14 AÑOS				
44	15-44 AÑOS OBSTETRICAS				
45	OTROS				
46	TOTAL				

V. CONTROL DE INSTITUCIONES U ORGANISMOS Y PESO PORCENTUAL DE TOTAL SESIONES

FILA	No. DE INSTITUCIONES U ORGANISMOS	NIVEL			TOTAL
		LOCAL	REGIONAL	MAXIMA TECNOLOG.	
47	DEBEN INFORMAR				
48	INFORMAN				
49	PESO PORCENTUAL TOTAL SESIONES %				

DIRECTOR DE LA INSTITUCION U ORGANISMO \_\_\_\_\_ (NOMBRE)

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



## RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION

INSTITUCION U ORGANISMO \_\_\_\_\_ (TIPO Y NOMBRE) \_\_\_\_\_ (CODIGO)

SECCION DEL PAIS \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD O VEREDA \_\_\_\_\_ ZONA: URBANA  MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_  
RURAL

### I. DOSIS APLICADA POR GRUPOS DE EDAD

BIOLOGICO	EDAD (AÑOS)	DOSIS	NIVEL LOCAL	NIVEL REGIONAL	MAXIMA TECNOLOGIA	TOTAL
P O L I O	MENORES DE 1 AÑO	1 a.				
		2 a.				
		3 a.				
	DE 1	1 a.				
		2 a.				
		3 a.				
	DE 2	1 a.				
		2 a.				
		3 a.				
	DE 3	1 a.				
		2 a.				
		3 a.				
OTROS	1 a.					
	2 a.					
	3 a.					
<b>TOTAL</b>						
D.  P.  T.	MENORES DE 1 AÑO	1 a.				
		2 a.				
		3 a.				
	DE 1	1 a.				
		2 a.				
		3 a.				
	DE 2	1 a.				
		2 a.				
		3 a.				
	DE 3	1 a.				
		2 a.				
		3 a.				
OTROS	1 a.					
	2 a.					
	3 a.					
<b>TOTAL</b>						
B. C. G.	MENORES DE 1 AÑO	P				
	DE 1	P				
	DE 2	P				
	DE 3	P				
	DE 4-14	R				
<b>TOTAL</b>						
SARAM- PION	MENORES DE 1 AÑO	U				
	DE 1	U				
	DE 2	U				
	DE 3	U				
	OTROS	U				
<b>TOTAL</b>						

P = Primovacunación  
R = Refuerzo  
U = Unica

BIOLOGICO	EDAD (AÑOS)	DOSIS	NIVEL LOCAL	NIVEL REGIONAL	MAXIMA TECNOLOGIA	TOTAL
T. T.	EMBARAZADAS	1a.				
		2a.				
	OTROS	1a.				
		2a.				
TOTAL						
FIEBRE AMARILLA	MENORES DE 1 AÑO	U				
	DE 1	U				
	DE 2	U				
	DE 3	U				
	OTROS	U				
	TOTAL					

GRAN TOTAL			
------------	--	--	--

RABIA HUMANA	DOSIS APLICADAS:	TRATAMIENTOS TERMINADOS:
--------------	------------------	--------------------------

## II. CANTIDAD DE PERSONAS NO VACUNADAS EN AREA DOMICILIARIA

TIPO BIOLOGICO	AUSENTES	RENUENTES	ENFERMOS	OTROS
POLI O				
D. P.T.				
B. CG.				
SAMPION				
FIEBRE AMARILLA				
T. T				
RABIA HUMANA				
OTRA				
TOTAL				

## III. MOVIMIENTO DE VACUNAS POR DOSIS

TIPO BIOLOGICO	MOVIMIENTO DE VACUNAS - DOSIS				SALDO
	SALDO MES ANTERIOR	ENTRADAS	SALIDAS		
			APLICADAS	PERDIDAS	
P. I. O					
D. T.					
B. G.					
SAMPION					
FIEBRE AMARILLA					
T.					
RABIA HUMANA					
RA					
TOTAL					

## IV. HORAS CONTRATADAS Y CONTROL DE INSTITUCIONES

NIVEL	HORAS VACUNADOR CONTRATADAS	No. DE INSTITUCIONES QUE DEBEN INFORMAR	No. DE INSTITUCIONES QUE INFORMAN
LOCAL			
REGIONAL			
MAXIMA TECNOLOGIA			
TOTAL			

# REGISTRO DIARIO DE TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS

TIPO Y NOMBRE DEL ORGANISMO: \_\_\_\_\_

SECCION DEL PAIS: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

MES

AÑO

□

□

COMPONENTE

CODIGO DEL ORGANISMO

Consulta Externa

□ 1

Consulta Urgencias

□ 2

Consulta Domiciliaria

□ 3

DIA	Numero de Historia Clínica o Nombre Del Paciente		Sesión en el año		Exo-doncia		Paciente Iniciado	Operatoria					Endodoncia				Periodoncia			Cirugia Oral			Medicina Oral			Protesis					Orto-doncia			Paciente Terminado			
			la.	Rep.	Atenciones en la sesión	TEMP.		PERM.	Atención		No. de D.O.	T.T.	Atención		D.T.	T.T.	Atención		T.T.	Atención		T.T.	Atención		Parcial	TOTAL	T.T.	Atención		T.T.							
									Ia.	Rep.			INT.	DEF.			Ia.	Rep.		Ia.	Rep.		Ia.	Rep.				Ia.	Rep.		Ia.	Rep.	Ia.		Rep.	Rem.	Fija
			3	4	5	6		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32		33	34	35
1	2																																				
T O T A L E S																																					

T.T.: TRAMIENTOS TERMINADOS    D.O.: DIENTES OBTURADOS    D.T.: DIENTES TERMINADOS    TEMP.: TEMPORALES    PERM.: PERMANENTE    INT.: INTERMEDIO    DEF.: DEFINITIVO



# REGISTRO DIARIO DE VACUNACION

HOJA No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

INSTITUCION U ORGANISMO \_\_\_\_\_ (TIPO Y NOMBRE)  VACUNA APLICADA CONTRA \_\_\_\_\_  
 (CODIGO)  
 SECCION DEL PAIS \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_ ZONA Urbana:  Rural:  MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_  
 LOCALIDAD O VEREDA \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL VACUNADOR \_\_\_\_\_

DIA	DIRECCION DE LA VIVIENDA	NOMBRE DEL VACUNADO O NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA	DOSIS APLICADA															No VACUNADOS POR											
			MENORES DE 1 AÑO			1 AÑO			2 AÑOS			3 AÑOS			4-14 AÑOS			EMBA-RAZADA		OTROS			POR						
			1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	1a	2a	3a	A	Re	E	O			
TOTALES																													

A: Ausente    Re: Renuente    E: Enfermo    O: Otros

RESUMEN MENSUAL DE CONSULTA MEDICA Y ODONTOLOGICA

TIPO Y NOMBRE DEL ORGANISMO \_\_\_\_\_ CODIGO

SECCION DEL PAIS \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

I PACIENTES EN EL ORGANISMO Y TOTAL DE CONSULTAS

GRUPOS DE POBLACION	PACIENTES DE 1ª VEZ EN EL AÑO (col.7)			TOTAL	TOTAL DE CONSULTAS (col.7+8)			
	N I V E L				N I V E L			TOTAL
	LOCAL	REGIONAL	MAXIMA TECNOLOGIA		LOCAL	REGIONAL	MAXIMA TECNOLOGIA	

Atención por el Médico

MENORES DE 1 AÑO									
1 a 4 AÑOS									
5 a 14 AÑOS									
15 a 44 AÑOS	Obstétricas								
	Usuarios Plnificación Fam.								
	Otros								
45 a 59 AÑOS									
60 Y MAS AÑOS									
TOTAL									

Atención por el Odontólogo

5 a 14 AÑOS									
15 a 44 AÑOS Obstétricas									
OTROS									
TOTAL									

II CONTROL DE MORBILIDAD ESPECIAL

NOMBRE (Col. 19)	PACIENTES NUEVOS (Col. 20)	PACIENTES DE 1ª VEZ EN EL AÑO		TOTAL (Col. 22+23)
		SI (Col. 22)	Nº (Col. 23)	
TUBERCULOSIS				
VENEREAS				
LEPRA				
CANCER				
MENTAL				

## III REFERENCIA DE PACIENTES

<b>NIVEL</b>	VIENEN REFERIDOS (Col. 3)	REFERIDOS A OTROS ORGANISMOS (Col. 27)
LOCAL		
REGIONAL		
MAXIMA TECNOLOGIA		
<b>TOTAL</b>		

## IV HORAS CONTRATADAS

<b>MEDICAS</b>		<b>ODONTOLOGICAS</b>	
DEBEN INFORMAR	INFORMARON	DEBEN INFORMAR	INFORMARON

NOMBRE DEL DIRECTOR DEL ORGANISMO O NIVEL \_\_\_\_\_

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



MUESTRA DIARIO DE CONSULTA EXTERNA

Lote No.  De

7  15  16  19  
Código del Organismo Mes Año

Nombre del Organismo

No. de Orden	Aplicación	Tipo de Consulta	Día	En el Organismo			Tipo de Paciente	Residencia habitual			Edad (en años)	Sexo	Subprograma			Diagnóstico		Referido
				Viene Referido	Nuevo	la. vez año		Depto.	Municipio	Zona			Código	Nuevo	la. vez año	Código	Nuevo	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
0 1																		
0 2																		
0 3																		
0 4																		
0 5																		
0 6																		
0 7																		
0 8																		
0 9																		
1 0																		
1 1																		
1 2																		
1 3																		
1 4																		
1 5																		
1 6																		
1 7																		
1 8																		
1 9																		
2 0																		
2 1																		
2 2																		
2 3																		
2 4																		
2 5																		
2 6																		
2 7																		
2 8																		
2 9																		
3 0																		
3 1																		
3 2																		
3 3																		
3 4																		

No. de Orden	Aplicación	Tipo de Consulta	Dia	Viene Referido	En el Organismo		Tipo de Paciente	Residencia habitual			Edad (en Años)	Sexo	Subprograma			Diagnóstico		va Referido
					Nuevo	la vez año		Depto.	Municipio	Zona			Código	Nuevo	la vez año	Código	Nuevo	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
3	5																	
3	6																	
3	7																	
3	8																	
3	9																	
4	0																	
4	1																	
4	2																	
4	3																	
4	4																	
4	5																	
4	6																	
4	7																	
4	8																	
4	9																	
5	0																	
5	1																	
5	2																	
5	3																	
5	4																	
5	5																	
5	6																	
5	7																	
5	8																	
5	9																	
6	0																	
6	1																	
6	2																	
6	3																	
6	4																	
6	5																	
6	6																	
6	7																	
6	8																	
6	9																	
7	0																	

Fecha y lugar diligenciamiento

Responsable

Firma

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA

Semanas Epidemiológicas Nos. \_\_\_\_\_ Comprendidas entre el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 1.97 \_\_\_\_\_

Tipo y Nombre del Organismo \_\_\_\_\_ CODIGO

SECCION \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES	Código C.I.E. 999	CASOS NUEVOS REGISTRADOS EN EL PERIODO DEL PRESENTE MES																		
		TOTALES		SEMANALES				TOTAL CUADRI SEMANAL	GRUPOS DE EDAD											
		1	2	3	4	Menos de 1 año	1 a 4 años		5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 y Más								
A	VIRUELA	050																		
	PESTE ( BUBONICA Y NEUMONICA)	020.0- 020.1																		
	COLERA	000																		
	FIEBRE AMARILLA	060																		
	TIFUS EXANTEMATICO TRANSMI- TIDO POR PIOJOS	080																		
B	SARAMPION	055																		
	DIFTERIA	032																		
	POLIOMIELITIS AGUDA	040 - 041																		
	TOSFERINA	033																		
	TETANOS	037																		
	PAROTIDITIS	072																		
C	T. B. C. ( APARATO RESPIRATORIO)	011 - 012																		
	MENINGITIS TUBERCULOSA	013.0																		
	BRUCELOSIS	023																		
	SIFILIS CONGENITA	090																		
	SIFILIS PRECOZ SINTOMATICA	091																		
	SIFILIS (OTRAS FORMAS)	092 - 097																		
	INFECCION GONOCOCICA	098																		
	ANGINA ESTREPTOCOCICA	034.0																		
	MENINGITIS MENINGOCICA	036.0																		
	LEPRA	030																		
	TIFOIDEA	001																		
	PARATIFOIDEA	002																		
	RUBEOLA	056																		
	DENGUE	061																		
	HEPATITIS INFECCIOSA	070																		
	HEPATITIS POR SUERO	N 999.2																		
	ENCEFALITIS VIRICA	068.2																		
	RABIA HUMANA	071																		
	PALUDISMO	084																		
	PIAN	102																		
DIARREAS Y ENTERITIS																				

CONTROL DE ENFERMEDADES VENEREAS

INSTITUCION : \_\_\_\_\_ DEPTO: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

GRUPOS	CASOS NUEVOS DE SIFILIS EN EL MES															
	ADQUIRIDA								CONGENITA							
	RECIENTE				TARDIA				RECIENTE				TARDIA			
	Sintomática		Latente		Sintomática		Latente		Sintomática		Latente		Sintomática		Latente	
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Menores de 1 año																
1 a 4 años																
5 a 14 años																
15 a 44 años																
45 y + años																
TOTAL																

GRUPOS	CASOS NUEVOS POSITIVOS EN EL MES												CONTACTOS EXAMINADOS			
	BLENORRAGIA			CHANCRO BLANDO			LINFOGRANULOMA			GRANULOMA INGUINAL			H	M	T	
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T				
Menores de 1 año																
1 a 4 años																
5 a 14 años																
15 a 44 años																
45 y + años																
TOTAL																

Firma y Sello del Director

Fecha en que se recibe la Información

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA D. E.  
DIVISION DE EPIDEMIOLOGIA

PROGRAMA CONTROL DE TUBERCULOSIS

INFORMACION MENSUAL DE ACTIVIDADES DE CONTROL DE TUBERCULOSIS

A) INSTITUCION \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

GRUPOS DE EDAD	EXAMENES FOTOFUOROGRAFICOS				No. DE ENFERMOS DIAGNOSTICADOS			Grupos de Edad	TUBERCULINA DOSIS			No. de Dosis BCG Aplicado	SALDOS AL FINAL DEL MES EN UNIDAD			
	SANOS	CONTACTOS	Sintomáticos Respiratorios	TOTAL EXAMINADOS	No. de DUDOSOS	CON B. K (+)	CON B. K (-)		SIN B. K.	Aplicada	Leída		Positiva	DROGA		ELEMENTOS
0 - 1													I. N. H.	Cajas placas 14 X 17"		
1 a 4													TAZINA	Cajas placas 11 X 14		
5 a 14													S. M.	Rollos		
15 a 44														Revelador		
45 a 64														Fijador		
65 y +																
TOTAL																

B) EXAMENES DE LABORATORIO PARA DIAGNOSTICO Y CONTROL

BACILOSCOPIAS						RADIOGRAFIAS		Fotofluorografías
Primera vez (Diagnóstico)			Repetidas (Control)			Supervisión		Repetidas (Control)
No. de Personas	No. de Baciloscopias	(+)	No. de Personas	No. de Baciloscopias	(+)	Revisadas No.	Confirmadas No.	Repetidas (Control)

C) OTRAS ACTIVIDADES

CONTACTOS			CONSULTAS		VISITAS DOMICILIARIAS A			No. de Tratamientos Distribuidos	No. de Quimioprofilaxis Distribuidos
Inscritos	Examinados	Enfermos	Primera vez	Repetidas	Renuentes	Contactos	Otras causas		

D) ENFERMOS EN TRATAMIENTO

No. de Enfermos en tratamiento mes anterior	INGRESOS				SALIDOS					No. de Enfermos en tratamiento al final del mes	
	NUEVOS	REINGRESOS POR		Trasladados de Otros Servicios	TOTAL	MEJORIA	Trasladados a Otros Servicios	PERDIDOS	MUERTOS		TOTAL
		Perdidos	Reactivados								

Institución: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ Mpio: \_\_\_\_\_

Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

SERVICIO SOCIAL

Número de entrevistas realizadas a:			
Hospitalizados	Consulta Externa	Domiciliarias	Total

ESTERILIZACION

Número de unidades esterilizadas a:				
Hospitalizados	Urgencias	Odontología	Consultorios	Total

ALIMENTACION

Número de raciones distribuidas a:			
Hospitalizados	Personal	Particulares	Total

LAVANDERIA Y ROPERIA

Kilos de ropa lavada con destino a:				
Hospitalizados	Cons. Externa	Odontología	Personal	Total

Observaciones:

TIPO DE SERVICIOS	Número a:		
	Hospitalizados	Consulta Externa	Total
Intervenciones Quirúrgicas			
Litros de Sangre Transfundidos			
Aplicaciones de Fisioterapia			
Aplicaciones de Radioterapia			
Inyecciones			
Curaciones			

FARMACIA

Fórmulas Despachadas				Pedidos Despachados			
Hospita- lizados	Consulta Externa	Total	Valor Costo	Valor Recibido	Hospita- lizados	Consulta Externa	Valor Costo



SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Institución \_\_\_\_\_ Depto. \_\_\_\_\_ Mpio. \_\_\_\_\_

Mes \_\_\_\_\_ Año 19 \_\_\_\_\_

TIPO DE SERVICIOS	NUMERO A:			TIPO DE SERVICIOS	NUMERO A:		
	HOSPITALIZADOS	CONSULTA EXTERNA	TOTAL		HOSPITALIZADOS	CONSULTA EXTERNA	TOTAL
EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO				PRUEBAS DE METABOLISMO BASAL			
ELECTROCARDIOGRAFIAS				RADIOGRAFIAS			
ELECTROENCEFALOGRAFIAS				RADIOSCOPIAS			
EXAMENES HISTOPATOLOGICOS				FOTOFUOROGRAFIAS			
AUTOPSIAS							
MUESTRAS DE COSTRAS O LIQUIDO ENVIADO PARA INVESTIGACION DE VIRUELA.	NUMERO	POSITIVOS		CEREBROS DE ANIMALES ENVIADOS PARA INVESTIGACION DE RABIA.	NUMERO	POSITIVOS	

## INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO

Este formulario deberá ser diligenciado mensualmente y por triplicado por todos los hospitales y clínicas que funcionan en el país (tengan o no aportes oficiales).

El original y una copia se entregarán dentro de los primeros cinco (5) días de cada mes al Director, Recolector u Oficial Municipal de Estadística, quien a su vez lo remitirá al Departamento Administrativo Nacional de Estadística —Sección de Salubridad—. La otra copia la conservará la institución informante para su archivo.

**Encabezamiento :** Anote los nombres de la Institución, el Departamento y el Municipio, lo mismo que el mes y el año a que se refiere la información.

**Tipos de Servicio:** Para diligenciar este formulario, basta con transcribir las casillas de Hospitalizados, Consulta Externa y Total, los Resúmenes Mensuales de cada Servicio de Auxiliares y Diagnóstico (Laboratorio Clínico, Rayos X, Anatomía, Patología, Metabolismo Basal y Electrodiagnóstico).

En igual forma proceda para obtener los datos relativos al material de "Muestras de costras o líquido enviado para investigación de Viruela" y cerebros de animales para investigación de Rabia.

La firma del Director de la Institución es indispensable en este informe mensual. Así mismo, el sello y la fecha en que se rinde la información.

## RESUMEN MENSUAL DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN SERVICIOS AMBULATORIOS

TIPO Y NOMBRE DEL ORGANISMO \_\_\_\_\_ CODIGO \_\_\_\_\_  
SECCION DEL PAIS \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

### I. CONTROLES

CONTROLES DE 1a. VEZ POR NIVELES												
GRUPOS DE POBLACION		FUENTE DE FINANCIACION							NIVEL REGIONAL	MAXIMA TECNOLOGIA	TOTAL	
		P.A.N	CAFET.	D. R. I.	I. P. C.	*	*	OTRO				TOTAL
MENORES DE 1 AÑO (COL. 3)												
1-4 AÑOS (COL. 5)												
5-14 AÑOS (COL. 7)												
15-44 AÑOS	Embarazadas (COL. 9)											
	Planificación Familiar (COL. 11)											
	Otros (COL. 13)											
45-59 AÑOS (COL. 15)												
60 Y MAS AÑOS (COL. 17)												
<b>TOTAL</b>												

TOTAL CONTROLES POR NIVELES												
GRUPOS DE POBLACION		NIVEL LOCAL							NIVEL REGIONAL	MAXIMA TECNOLOGIA	TOTAL	
		P.A.N	CAFET.	D. R. I.	I. P. C.	*	*	OTRO				TOTAL
MENORES DE 1 AÑO (COL. 3+4)												
1-4 AÑOS (COL. 5+6)												
5-14 AÑOS (COL. 7+8)												
15-44 AÑOS	Embarazadas (COL. 9+10)											
	Planificación Familiar (COL. 11+12)											
	Otros (COL. 13+14)											
45-59 AÑOS (COL. 15+16)												
60 Y MAS AÑOS (COL. 17+18)												
<b>TOTAL</b>												

### II. VISITAS Y OTRAS ACTIVIDADES

N O M B R E			NUMERO	
VISITAS	PUERPERAS	VISITA DE 1a. VEZ	(Col. 26)	
		REPETIDA	(Col. 27)	
	SEGUIMIENTO A INASISTENTES	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO		(Col. 28)
		EMBARAZADAS		(Col. 29)
		PLANIFICACION FAMILIAR		(Col. 30)
		TUBERCULOSIS		(Col. 31)
		OTROS		(Col. 32)
	<b>TOTAL VISITAS</b>			
			PARTOS ATENDIDOS	(Col. 34)
			REMISIONES	(Col. 33)

**III. ESTADO NUTRICIONAL - TOTAL BENEFICIARIOS Y ENTREGA DE BOLETOS O RACIONES.**

GRUPOS DE POBLACION	ESTADO NUTRICIONAL							
	NORMAL O SOBREPESO		DESNUTRICION					
			LEVE		MODERADA		AVANZADA	
	CASO NUEVO		CASO NUEVO		CASO NUEVO		CASO NUEVO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
MENORES DE 1 AÑO								
DE 1 - 4 AÑOS								

BENEFICIARIOS		TOTAL ENTREGADO	
NIÑOS	MADRES	BOLETOS	RACIONES

**IV. HORAS CONTRATADAS**

	NIVEL LOCAL								NIVEL REGIONAL	MAXIMA TECNOLOGIA	TOTAL
	P.A.N.	CAFET	D.R.I	I.P.C.	*	*	OTRO	TOTAL			
ENFERMERA											
AUXILIAR											
AYUDANTE											
TOTAL											

**V. CONTROL DE ORGANISMOS Y PESO PORCENTUAL DE TOTAL CONTROLES.**

NIVEL	NUMERO DE ORGANISMOS		PESO PORCENTUAL (%) TOTAL CONTROLES.
	DEBEN INFORMAR	INFORMAN	
LOCAL			
REGIONAL			
MAXIMA TECNOLOGIA			
TOTAL			

P.A.N PLAN NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION

D.R.I. PROGRAMA DESARROLLO RURAL INTEGRADO

CAFET:PROGRAMA DE SALUD EN ZONAS CAFETERAS

I.P.C. PROGRAMA INTEGRADO DE SERVICIOS Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

OTROS:INCLUYE SERVICIO SECCIONAL Y OTRAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO DFERENTES DE LOS ANTERIORES.

\* : CUANDO EXISTAN LOCALIDADES CON MAS DE UNA FUENTE DE FINANCIAMIENTO









T.O 0006 1980  
Trabajo de Grado  
Ejemplar 1



T0006