INFORME ESTADÍSTICO DE CAMAS HOSPITALARIAS

instituto nacional de estadística y censos

Ministerio de Salud Pública

ANTES DE LLENAR ESTE INFORME LEA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO

Provincia Cantón Parroquia Secuencial Clase Tipo Entidad Sector

2013

Form. ES - 2

FOLIO

A) IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

.....
Nombre del Establecimiento

.....
Provincia

.....
Cantón

.....
Parroquia Urbana ó Rural

.....
Dirección: Calle N° Teléfono

.....
Nombre: Teléfono

B) DATOS DEL RESPONSABLE

.....
Nombre Teléfono

C) TIPO DE ESTBLECIMIENTO

Hospital Básico..... ☐ 01
Hospital General..... ☐ 02
Hospital Especializado en:
- **Infectología**..... ☐ 03
- **Gineco-Obstetricia**..... ☐ 04
- **Pediatría**..... ☐ 05
- **Psiquiatría**..... ☐ 06
- **Dermatología**..... ☐ 07
- **Oncología**..... ☐ 08
- **Neumología**..... ☐ 09
- **Geriatría**..... ☐ 10

Hospital de Espacialidades..... ☐ 11

Clínica General..... ☐ 12
Clínica Especializada en:
- **Gineco – Obstetricia**..... ☐ 13
- **Pediatría**..... ☐ 14
- **Traumatología**..... ☐ 15
- **Psiquiatría**..... ☐ 16
- **Otra Especialidad**..... ☐ 17

D) SECTOR AL QUE PERTENECE

Sector Público ☐ 1
Privado con fines de lucro ☐ 2
Privado sin fines de lucro ☐ 3

E) NÚMERO DE CAMAS

	SERVICIOS Y ESPECIALIDADES	N° Camas dotación normal	USO INEC	NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES												OBSERVACIONES
				Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre	Nov.	Dic.	
1.	**Medicina**															
2.	**Cirugía**															
3.	**Ginecología y Obstetricia**															
4.	**Pediatría (cunas e incubadoras)**															
5.	**Cardiología**															
6.	**Neumología**															
7.	**Psiquiatría**															
8.	**Traumatología**															
9.	**Infectología**															
10.	**Oftalmología y Otorrinolaringología**															
11.	**Urología**															
12.	**Gastroenterología**															
13.	**Otros Servicios (especifique)**															
14.	**Servicios Indiferenciados**															
	OTROS															
15.	**Camas de Emergencia**															
16.	**Camas de Cuidados Intensivos**															
17.	**TOTAL DE CAMAS**															
18.	**Días - Paciente**															
19.	**Días – Camas Disponibles**															