FORMULARIO DE CAMAS HOSPITALARIAS

USO INEC

Provincia	Cantón	Parroquia	Secuencial	Clase	Tipo	Entidad	Sector

ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO LEA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO

2014
Form. ES - 1

FOLIO

14000000001

USO INEC Fecha de crítica

Año Mes Día

USO INEC

Código crítico - codificador

instituto nacional de estadística y censos

Ministerio de Salud Pública

A) IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

……
Nombre del establecimiento

……
Provincia

……
Cantón

……
Parroquia urbana o rural

……
Dirección: Calle N° Telf.

DATOS DEL RESPONSABLE

……/……
Nombre del responsable del llenado Teléfono

B) NÚMERO DE CAMAS

	SERVICIOS Y ESPECIALIDADES	N° Camas dotación normal	USO INEC	NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES												
				Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	OBSERVACIONES
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															
15	Camas de Emergencia															
16	Camas de Cuidados Intensivos															
17	TOTAL DE CAMAS															
18	Días – Paciente															
19	Días – Camas Disponibles															