Lugal Gráfica

Impresiones Offset - Serigrafía
Informática - Equipos e Insumos

Revistas
Folletos
Talonarios
Tarjetas

Mariano Molas 887 c/Yegros - Tel. 509 112 - 0981 132 924
e-mail:comercial@lugal.com.py - Zona Sur - Fdo. de la Mora - Paraguay

Timbrado N° 14540199
Válido 21/12/2020 hasta 31/12/2021
R.U.C.: 80064165-5

REMISIÓN

N° 001-001-0000470

Fecha de Expedición: 22/09/2021

DESTINATARIO Nombre o Razón Social: POLICIA NACIONAL - GASTOS - SANIDAD POLICIAL RUC o C.I. del Destinatario: 80016197-1

Domicilio: Avda. Mcal. López 1806 e/ Kubitschek

DATOS DEL TRASLADO

Motivo del traslado: Venta Comprobante de Venta N° N° de Timbrado:

Fecha de Expedición: 22/09/2021 Fecha de inicio del trasl.: 22/09/2021 Fecha estimada término del trasl.: 22/09/2021

Dirección del punto de partida: Mariano Molas N° 887 c/ Usher Rios Ciudad: Fernando de la Mora Departamento: Central

Dirección del punto de llegada: Avda. Mcal. López 1806 e/ Kubitschek - Hospital de Policia Ciudad: Asunción Departamento: Central

Kilómetros estimados de recorrido: Cambio de fecha de término del traslado y/o punto de llegada:

Motivo:

DATOS DEL VEHÍCULO DE TRANSPORTE

Marca del vehículo: N° de Reg. Único Automotor (RUA): N° de Reg. Único Automotor (RUA) de Remolque/Tracto/Semiremolque:

DATOS CONDUCTOR DEL VEHÍCULO

Nombre o Razón Social: Jorge Galeano RUC/C.I.: 659.300 Domicilio:

DATOS DE LA MERCADERÍA

Cantidad	Descripción de la Mercadería
200.-	Formulario para Consentimiento Informado - Lote 4 - Item 40.-
250.-	Formularios para Ficha para Clasificación de RAC - Lote 4 - Item 3.-
100.-	Formularios - Informe Diario de Consultorio Externo - Lote 4 - Item 30.-
3000.-	Hoja Sabana para Unidad de Terapia Intensiva - Lote 4 - Item 18.-
20.-	Formularios para Anotaciones de Enfermería - Lote 4 - Item 14.-
150.-	Formularios para Anotaciones de Enfermería - Impreso en ambas caras - Lote 4 - Item 13.-

Lic. VERONICA CARDOZO
Suboficial Inspector
Auditora

ARIEL NÚÑEZ SILVERO
Suboficial Superior P.S.
Jefe de Adquisiciones

C.I. N° :

Recibido por (Firma y aclaración)

Lugar y Fecha de Recepción

21,60 cm

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL

Dirección Hospital de Policía "Rigoberto Caballero"

CLASIFICACIÓN

FICHA DE RAC

HORA	1. ADMISIÓN	FECHA: / /		EDAD:	SEXO:	
	Nombre y Apellido:			N° C.I.:		
	Domicilio:			Jerarquía:		
	Barrio o Compañía:					
	Localidad:			Tel./Cel.:		
	Referencia Domiciliaria:					
HORA	2. ENFERMERÍA					
	PA	FC	FR	SpO2	T° Axilar	Glu	Peso
	Motivo de Consulta:					
	Discriminante:					
	Firma y Sello:					
HORA	3. REEVALUACIÓN Y RECLASIFICACIÓN (Llenar si corresponde)					
	FC	FR	T° Axilar	PA	Glu	SpO2
	Síntomas:			Reclasificación:		
HORA	4. MÉDICO					
	Patología Previa y Tratamiento Actual:				Alergias	
	Examen Físico:					
	Laboratorio:					
	Radiología:					
	DIAGNÓSTICO:					
	TRATAMIENTO Suministro en Urgencias:					
	TRATAMIENTO INDICADO para la casa:					
HORA	5. DESTINO					
	DOMICILIO ☐	INTERNACIÓN ☐		FUGA ☐	MUERTE ☐	
	Nombre, Firma y Sello del Médico					

AZUL VERDE ROJO

Autorizado p/imprimir

33,00 cm

21,60 cm

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL

Dirección Hospital de Policía "Rigoberto Caballero"

ANOTACIONES DE LA ENFERMERIA

Ficha: .....

Servicio:.....

Nombre y Apellido: _____ Sala N°: _____

CONTROLES		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
SIGNOS VITALES	PA																								
	FC																								
	FR																								
	T.AXILAR																								
	SPO2																								
INGRESOS	HP																								
	CORRECIONES																								
	CARGA																								
	MEDIC. E/V																								
	SNG/GASTRO																								
	VO																								
EGRESOS	DIURESIS																								
	HECES																								
	VOMITO																								
	RG																								
	OTROS																								

MEDIDAS GENERALES

CONTROLES	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
GLICEMIA/CORRECCIÓN CON INS. CRISTALINA																								
ASPIRACIÓN																								
NEBULIZACIÓN																								
CURACIÓN																								
O2																								

MEDICACIÓN E/V, V/O, S/C, I/M, E/R, T/V, I/D

MEDICAMENTOS	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Autorizado p/imprimir (frente)

33,00 cm

21,60 cm

33,00 cm

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA		
TURNO MAÑANA	TURNO TARDE	TURNO NOCHE

ESTUDIOS REALIZADOS	HORA	ESTUDIOS REALIZADOS	HORA	ESTUDIOS REALIZADOS	HORA

Autorizado p/imprimir (dorso)

21,59 cm

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL

Dirección Hospital de Policía "Rigoberto Caballero"

ANOTACIONES DE LA ENFERMERIA

Ficha: .....

Servicio:.....

Nombre y Apellido: _____ Sala N°: _____

Medicación	Fecha y Hora	Observaciones

33,00 cm

Autorizado p/imprimir

CAPITAN TORRES RUIZ DÍAZ

55,00 cm

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL

Dirección Hospital de Policía "Rigoberto Caballero"

Nombre y Apellido:

Edad: Sexo: Cama:

Grupo Sang.: SC:

Peso: Talla:

Fecha: Hoja Nº	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
SCORE DE GLASGOW																								
Normal (N) Tensión (T) Excitado (E) Deprimido (D) Euforia (E)																								
Normal (N) Somnolencia (S) Confuso (Cf) Coma (C) Estupor (Es)																								
Normal (N) Temblor (T) Convulsión (C) Flacidez (F) Espasticidad (E) Plejia (Hp/Cp)																								
Pupilas: Normales (N) Midriasis (M) Miosis (M) Anisocoria (A) RFM (+-)																								
Piel: Normal (N) Seca (S) Húmeda (H) Pálida (P) Ictericia (I) Cianosis (C)																								
Llenado Capilar en Segundos																								
Temperatura Axilar (a) Oral (o) Rectal (R)																								
Tensión arterial en mmHg																								
Frecuencia Cardiaca por minuto																								
Respiraciones por minuto																								
Presion Venosa Central en cms. de agua																								
Presión Arterial Media/Presion Capilar Pulmonar																								
SaO2 / FR																								
HGT																								
Orina ml/ hora																								
Densidad / Sangre / Bilis																								
Cetones / Glucosa / Proteinas																								
pH (Orina) / Clinitest / Acetatest																								
Liquidos administrados ml.																								
Perdida de Liquidos en ml.																								
Balance: Ingresos + / Egresos - / Total																								
Medicamento Dosis																								
VENTILACIÓN – VE: OXIGENO																								
VENTILACIÓN – VE: T. TUBO																								
VENTILACIÓN – NO INVASIVA: MODO																								
VENTILACIÓN – NO INVASIVA: FIO_2																								
VENTILACIÓN – ARM: MODO																								
VENTILACIÓN – ARM: V / V																								
VENTILACIÓN – ARM: FR / FIO_2																								
VENTILACIÓN – ARM: PEEP/PS																								
VENTILACIÓN – PP																								

INDICACIONES

PROCEDIMIENTOS

Ingresos	Egresos

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ

Autorizado p/imprimir (Frente)

37 cm

55,00 cm

OBSERVACIÓN DE ENFERMERÍA

HS.	TURNO MAÑANA	HS.	TURNO TARDE	HS.	TURNO NOCHE

37 cm

Autorizado dimensiones (Ancho)

33,00 cm

Autorizado p/imprimir

HOSPITAL DE POLICÍA "RIGOBERTO CABALLERO"

INFORME DIARIO DE CONSULTORIO EXTERNO

Especialidad:..... Médico: .....

Fecha: ..... Horario: .....

N°	Nombre y Apellido	Jerarquía	Edad	Sexo	N° de Ficha	Caso Nuevo	Caso Conocido	Diagnóstico
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								

21,60 cm

ITEM 40

21,60 cm

33,00 cm

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD POLICIAL

Hospital Central de Policía "Rigoberto Caballero"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, libremente dé su consentimiento para acceder a la prestación de un servicio sanitario"

Yo,....., con C.I.: N°: ....., de ..... años de edad, con domicilio en ..... de la ciudad de ..... Celular N°: ....., declaro que el/la Dr./ Dra. ....., Reg. N°....., me ha informado y explicado suficientemente los beneficios y posibles riesgos de la prestación del servicio sanitario que me será brindado por el profesional previamente mencionado.

Entiendo que nos encontramos en el curso de una pandemia por COVID-19, una enfermedad producida por un virus que se contagia de una persona a otra. Incluso personas que aparentan estar completamente sanas pueden transmitir el virus. Esta enfermedad puede tener complicaciones e inclusive provocar la muerte.

Entiendo que ninguna persona puede estar segura de no estar infectada. Además, se me ha explicado claramente que aunque se tomen absolutamente todas las medidas recomendadas, no hay seguridad absoluta de que yo no me pueda enfermar, inclusive, entiendo que las personas que me atienden y participan en mis cuidados, corren riesgo de contagiarse al entrar en contacto conmigo. Para disminuir estos riesgos los profesionales sanitarios y todos los funcionarios que estén en contacto conmigo tomaran medidas de protección.

Autorizo y requiero al personal sanitario y asistentes me brinden la atención necesaria para mi caso incluyendo atención en consultorio, procedimientos de diagnóstico y tratamiento, internación y/o cirugía, u otros. Confirmo que toda la información que he proporcionado al profesional sanitario y sus colaboradores es completa y verdadera, y me comprometo a seguir estrictamente las indicaciones que se me dé, tanto para el manejo de mi tratamiento como las medidas necesarias para la protección de la salud de todos. Asisto voluntariamente a esta consulta y/o internación, y declaro que no he tenido signos/síntomas compatibles con COVID-19 en los últimos 14 días. Me encuentro sin tos, dolor de garganta, congestión/secreción nasal, dificultad respiratoria, fiebre, escalofríos, dolores musculares, anosmia y/o disgeusia. Así mismo, declaro que no he tenido contacto con personas sospechosas o confirmadas con COVID-19. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínicos actuales. Si llego a tener cualquiera de estas manifestaciones, o entrar en contacto con otra persona que las tuviere, me comprometo a avisar inmediatamente al profesional que me brindó asistencia.

Autorizo y doy mi consentimiento al/la Dr./Dra. .....,
y/o a quien él/ella designe, requiriendo realizar el procedimiento: .....

En caso de ser menor de edad o no estar e condiciones aptas de dar el consentimiento, un familiar cercano o persona encargada firma en representación del paciente.

Nombre y Apellido: ..... C.I.: .....

Parentesco/Relación: .....

Reitero que me comprometo a cooperar dando aviso al prestador de servicio, si en el transcurso de los días posteriores a esta consulta presento alguno de los signos/síntomas mencionados.

Firma: .....

Aclaración: .....

MARCIAL TORRES RUIZ DÍAZ
Comisario Principal MCP
Tesorero Habilitado Pagador

Autorizado Imprimir

20/09/2021