

# INFORME ESTADÍSTICO DE CAMAS HOSPITALARIAS

Antes de llenar este Informe, lea las instrucciones escritas al reverso.

Año 2010



## A) IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Provincia	Cantón	Parroquia	Secuencial				Clase	Tipo	Entidad	Sector							

Nombre del Establecimiento

Provincia Cantón Parroquia Dirección: Calle N° Telf ORGANISMO DEL QUE DEPENDE

## B) TIPO DE ESTABLECIMIENTO

- |                              |                             |                          |                             |                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Hospital Básico . . . . .    | <input type="checkbox"/> 01 | Dermatología . . . . .   | <input type="checkbox"/> 07 | Clínica General . . . . .    | <input type="checkbox"/> 12 |
| Hospital General . . . . .   | <input type="checkbox"/> 02 | Oncología . . . . .      | <input type="checkbox"/> 08 | Clínica Especializada en:    |                             |
| Hospital Especializado en:   |                             | Neomología . . . . .     | <input type="checkbox"/> 09 | Gineco-Obstetricia . . . . . | <input type="checkbox"/> 13 |
| Infectología . . . . .       | <input type="checkbox"/> 03 | Geriatría . . . . .      | <input type="checkbox"/> 10 | Pediatría . . . . .          | <input type="checkbox"/> 14 |
| Gineco-Obstetricia . . . . . | <input type="checkbox"/> 04 |                          |                             | Traumatología . . . . .      | <input type="checkbox"/> 15 |
| Pediatria . . . . .          | <input type="checkbox"/> 05 | Hospital de              |                             | Psiquiatría . . . . .        | <input type="checkbox"/> 16 |
| Psiquiatría . . . . .        | <input type="checkbox"/> 06 | Especialidades . . . . . | <input type="checkbox"/> 11 | Otra Especialidad . . . . .  | <input type="checkbox"/> 17 |

## C) SECTOR AL QUE PERTENECE

- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| Sector Público             | <input type="checkbox"/> 1 |
| Privado con fines de lucro | <input type="checkbox"/> 2 |
| Privado sin fines de lucro | <input type="checkbox"/> 3 |

## D) NÚMERO DE CAMAS

SERVICIOS Y ESPECIALIDADES		Nº Camas dotación normal	USO INEC	NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES												OBSERVACIONES
				Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sibre	Octubre	Nvbre	Dcbre	
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																