



**FORMATO DE LA HOJA EMPLEADA EN EL CENSO**

**CENSO NACIONAL DE PEDIATRIA INTENSIVA Y NEONATAL**  
**URUGUAY 2011**

FECHA \_\_\_\_\_

**I.- IDENTIFICACION DE LA UNIDAD**

1.-NOMBRE DE LA UNIDAD \_\_\_\_\_

2.-DIRECCION - \_\_\_\_\_

3.- CIUDAD \_\_\_\_\_ 4.- DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

5.- TELEFONO \_\_\_\_\_ 6.- FAX \_\_\_\_\_

7.-E-MAIL  
\_\_\_\_\_

8.-NOMBRE DEL  
COORDINADOR/DIRECTOR \_\_\_\_\_

9.- DEPENDENCIA: PUBLICA PRIVADA: IAMC OTRA (aclarar) \_\_\_\_\_

10.-NOMBRE DE LA INSTITUCION U HOSPITAL EN EL CUAL ASIENTA LA UNIDAD  
\_\_\_\_\_

11.-POBLACIÓN A QUE DA COBERTURA EL HOSPITAL \_\_\_\_\_.



12.- CUANTAS CAMAS TOTALES TIENE EL HOSPITAL \_\_\_\_\_

13.- RESPECTO DE LAS CAMAS DE LA UNIDAD ENTREVISTADA SEÑALE

	<b>DISPONIBLES</b>	<b>OCUPADAS a la fecha</b>	<b>PACIENTES EN VM</b>
<b>INTENSIVO</b>			
<b>INTERMEDIO</b>			
<b>OTRAS (*)</b>			
<b>TOTALES</b>			

14.-

ACLARACIONES \_\_\_\_\_

---

---

---



**II.- CONDICIONES GENERALES**

1. RESPECTO A LA CIRCULACION	NO	SI
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.- PRESENTA PROBLEMAS DE ACCESIBILIDAD		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.- PRESENTA PROBLEMAS DE CIRCULACIÓN INTERNA		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3.- PRESENTA CONFLICTOS CON OTRAS AREAS		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. EL ESTABLECIMIENTO CUENTA CON:

	CIRUGIA	ANESTESIA	RAYOS	HEMOTERAP
2.1 - GUARDIA CENTRALIZADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 - GUARDIA DE RETEN				

**III.- AMBIENTE FISICO**

1.- CANTIDAD DE METROS CUADRADOS DE SUPERFICIE TOTAL QUE TIENE LA UNIDAD (INCLUIR EL ESPACIO DE AREAS DE APOYO). \_\_\_\_\_

2.- CANTIDAD DE METROS CUADRADOS DE SUPERFICIE PARA INTERNACION PROPIAMENTE DICHA

(EXCLUIR EL ESPACIO DE AREAS COMPLEMENTARIAS). \_\_\_\_\_

3.- CANTIDAD DE LAVABOS PARA LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL. \_\_\_\_\_  
 (EXCLUIR EL ESPACIO DE AREAS COMPLEMENTARIAS).

4.- TIPO DE ILUMINACION	SI	NO
4.1 DIFUSA GENERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 CENTRAL EN CADA CAMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4.3 DE LOCALIZACION (UBICADA EN LA PARTE BAJA DE LA PARED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. AIRE ACONDICIONADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- LA ESTACION DE ENFERMERIA PERMITE LA VISION DIRECTA DE LOS PACIENTES DE INTENSIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. SISTEMA ELECTRICO		
7.1 ¿POSEE INSTALACION A TIERRA PROPIO DE LA UNIDAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 ¿POSEE DISYUNTORES DE SEGURIDAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 ¿POSEE GRUPO ELECTROGENO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. POSEE ENFERMERÍA LIMPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1 EN UN AREA DEFINIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 EN EL AREA SE CUMPLEN OTRAS FUNCIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. CUENTA CON:	SI	NO
9.1 DEPOSITO DE ROPA SUCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 CARRO DE TRASLADO DE ROPA SUCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 AREA DE LAVADO DE MATERIAL USADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4 ENFERMERIA SUCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5 DEPOSITO DE ROPA LIMPIA Y MATERIAL ESTERIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6 CIRCUITO INDEPENDIENTE PARA LA CIRCULACION DEL MATERIAL Y LA ROPA SUCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7 HABITACION PARA EL MEDICO DE GUARDIA DENTRO DE LA UNIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8 AREA DE DESCANSO PARA PERSONAL NO MEDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.9 DEPOSITO DE EQUIPOS LISTOS PARA USAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.10 ECONOMATO DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.11 AREA ADMINISTRATIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.12 SALA DE ESPERA PARA FAMILIARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.13 LOCUTORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.14 AREA DE CUIDADOS TERMINALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.- LA UNIDAD POSEE SISTEMA DE ALARMA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI ES AFIRMATIVO, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:



10.1 DE DONDE SE PULSA? \_\_\_\_\_ en el respaldo de cada  
 cama \_\_\_\_\_

10.2 ES AUDIBLE?

10.3 EXISTE ALARMA VISUAL?

EN QUE DEPENDENCIAS SE ESCUCHA?

10.4 HABITACIÓN DEL MÉDICO DE GUARDIA

10.5 PASILLO

10.6 SALA DE ENFERMERAS

**11.- AREA DE INTERNACION:**

11.1 POSEE LUZ NATURAL

SI NO

11.2 LAS PAREDES SON LAVABLES

11.3 EXISTEN CAMAS CON AISLAMIENTO

11.4 LA CAMA TIENE CABECERA DESMONTABLE

11.5 TIENE SISTEMA CENTRAL DE PROVISION DE O<sub>2</sub>

11.6 TIENE SISTEMA CENTRAL DE ASPIRACION

11.7 CUANTAS BOCAS DE OXIGENO POSEE CADA CAMA (intensivo-intermedio) \_\_\_\_\_

11.8 CUANTAS BOCAS DE AIRE COMPRIMIDO POSEE CADA CAMA \_\_\_\_\_

11.9 CUANTAS BOCAS DE ASPIRACION POSEE CADA CAMA \_\_\_\_\_

11.10 CUANTOS TOMACORRIENTES POSEE CADA CAMA \_\_\_\_\_

11.11 UBICACIÓN DE LOS MONITORES: (SOBRE CABECERA/CARROS) \_\_\_\_\_



**IV. ASPECTOS GENERALES DE EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL**

SI NO

1 POSEE EQUIPO DE CONTROL DE GLICEMIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 POSEE TRANSDUCTORES DE PRESION INVASIVA.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 POSEE CAPACIDAD PARA MONITORIZAR LA PRESION INTRACRANEANA Y REGISTRARLA.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 POSEE CAMILLA DE TRASLADO EQUIPADA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 POSEE CAPACIDAD PARA MONITORIZAR DOPPLER TRANSCRANEANO realizar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 POSEE BOMBAS DE INFUSION PARA FARMACOS EN GOTEO CONTINUO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 CANTIDAD DE MONITORES (ECG) -----	_____	
8 CANTIDAD DE MONITORES CON 1 CANAL DE PRESION INVASIVA	_____	
9 CANTIDAD DE MONITORES CON 2 CANALES DE PRESION INVASIVA	_____	
10 CANTIDAD DE EQUIPOS CON CONTROL DE PA NO INVASIVA	_____	
11 CANTIDAD DE DESFIBRILADORES -----	_____	
12 CANTIDAD DE OXIMETROS DE PULSO	_____	
13 CANTIDAD DE CARROS DE REANIMACION EQUIPADOS .	_____	
14 CANTIDAD DE ELECTROCARDIOGRAFOS. -----	_____	
15 CANTIDAD DE RESPIRADORES	_____	
15.1 DESCRIBA MARCA MODELO AÑO	_____	
16 CANTIDAD DE RESPIRADORES PARA VENTILACION INVASIVA	_____	
16.1 DESCRIBA TIPO	_____	
17 CANTIDAD DE APARATOS DE VENTILACION NO INVASIVA	_____	
17.1 DESCRIBA TIPO 17.2 CANTIDAD DE MASCARAS PARA VNI	_____	
18 CANTIDAD DE CAPNOGRAFOS. -----	_____	
19 POSEE CAPACIDAD PARA MEDIR TEMPERATURA CENTRAL.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 TIENE ACCESO A DIALISIS DURANTE LAS 24 HS.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.1 EN LA INSTITUCION	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.2 FUERA DE ELLA.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



22 POSEE BALANZA PARA CAMA.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23 POSEE GASÓMETRO EN LA UNIDAD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
24 AMBU EN CADA CAMA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 ESTETOSCOPIOS EN CADA CAMA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 POSEE SERVICIO TECNICO DE RESPALDO PARA LOS EQUIPOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 CADA CUANTO SE CALIBRAN LOS VENTILADORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>V. SERVICIOS AUXILIARES.</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1 CUENTA EL ESTABLECIMIENTO CON LABORATORIO BIOQUIMICO DENTRO DE LA INSTITUCION.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1 DIRIGIDO POR LABORATORISTA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 TIENE GUARDIA DURANTE LAS 24 HS		
CENTRALIZADA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DE RETEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 EL LABORATORIO REALIZA ESTUDIOS DE GASES EN SANGRE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 REALIZA BACTERIOLOGIA DE URGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 CUENTA CON BANCO DE SANGRE-----	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 HEMOTERAPIA REALIZA GUARDIA LAS 24 HORAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CENTRALIZADA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DE RETEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 CUENTA CON SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1 CUENTA CON EQUIPO DE RX PORTATIL.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 TIENE GUARDIA DE TECNICO RX LAS 24 HORAS.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 POSEE ACCESIBILIDAD A TC LAS 24 HORAS EN LA INSTITUCION.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



FUERA DE LA INSTITUCION

3.4 POSEE ACCESIBILIDAD A RMN

EN LA INSTITUCION

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FUERA DE LA INSTITUCION

3.5 POSEE ACCESIBILIDAD A ECOGRAFIA LAS 24 HORAS

EN LA INSTITUCION.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

FUERA DE LA INSTITUCION

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

**VI – ASPECTOS DE FUNCIONAMIENTO**

SI NO

CUENTA CON NORMAS ESCRITAS DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

SEÑALE CUANTAS \_\_\_\_\_ DISPONIBLES \_\_\_\_\_

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

UTILIZA ALGUN SCORE PRONOSTICO , SEÑALE CUAL \_\_\_\_\_

SE LLEVAN REGISTROS DE NOVEDADES DE ENFERMERIA POR TURNOS

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

CUENTA CON INFORMES PERIODICOS DEL COMITÉ DE INFECCIONES DE LA INSTITUCIÓN?

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

CUENTA CON NORMAS ESCRITAS PARA:

6.1 MANEJO DEL MATERIAL ESTERIL Y PARA EL LAVADO DE MATERIAL SUCIO Y CONTAMINADO

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

6.2 VIA VENOSA PERIFERICA

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

6.3 HIGIENE DE MANOS

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

LA UNIDAD LLEVA LOS REGISTROS DE:

7.1 DIAGNOSTICOS DE INGRESO Y AL ALTA.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

7.2 FECHA DE INGRESO, EGRESO, TIEMPO DE INTERNACION Y CONDICION AL ALTA.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

7.3 INDICE OCUPACIONAL DE CAMAS (MENSUAL-ANUAL)

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

7.4 ALGUN SCORE AL INGRESO (Señale cual)

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

7.5 REGISTRO DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

7.6 PLANILLA DE PARAMETROS DE VM Y GASOMETRICOS

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

7.7 PLANILLA DE BALANCES DIARIOS

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

7.8 SEÑALE OTROS REGISTROS \_\_\_\_\_



8. POSEE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE HISTORIAS CLINICAS

8.1 DISPONE DE TECNICO EN INFORMATICA

8.2 SE GENERA UNA BASE DE DATOS

8.3 ESTA ACTUALIZADA

8.4 NUMERO DE COMPUTADORAS \_\_\_\_\_

8.5 NOMBRE DEL PROGRAMA \_\_\_\_\_

8.6 ACLARACIONES \_\_\_\_\_

9 SE ESCRIBEN EVOLUCIONES MEDICAS DIARIAS

10 EL PASE DE GUARDIA ES PAGO.....

11 SE REALIZAN ATENEOS CLINICOS

11.1 FRECUENCIA MENSUAL\_\_\_DE ACUERDO A LAS NECESIDADES\_\_\_\_\_

11.2 SE REALIZA LECTURA DE REVISTAS

11.3 FRECUENCIA MENSUAL\_\_\_\_\_ SEMANAL\_\_\_\_\_

12 SE REALIZAN REUNIONES CONJUNTAS ENFERMERÍA-MEDICOS

12.1 FRECUENCIA MENSUAL\_\_\_\_\_ BIMENSUAL\_\_\_\_\_

13 EXISTE ALGUNA PREVENCION DE BURNOUT

14 EXISTE ALGUN METODO DIAGNOSTICO DE BURNOUT

15 RELACION CON LA FAMILIA

15.1 VISITAS POR DIA \_\_\_\_\_

15.2 DURACION DE LA VISITA (MIN) \_\_\_\_\_

15.3 SISTEMA : ESTRICTO O FLEXIBLE

15.4 QUIEN DA LOS INFORMES \_\_\_\_\_

15.5 CUANTOS INFORMES DIARIOS \_\_\_\_\_

15.6 A QUE HORA \_\_\_\_\_

16 TIENE PROGRAMA DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS? MARQUE LOS AFIRMATIVOS

MEDICOS	ENFERMERIA	FISIOTERAPEUTAS	TECNICOS
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**VII – RECURSOS HUMANOS**

1. ORGANIZACIÓN MEDICA

	Nº de cargos	Carga horaria mensual	Días por semana que asiste	R. Laboral dependiente o contrato (cp)	Laudo (L), laudo FEMI (F), otros (O)
GV					
GIV					
GIII COORDINA					
GIII GUARDIA					
GII GUARDIA					
GI RESIDENTE					
OTROS (*)					

1.1 CUANTOS MEDICOS CON TITULO DE INTENSIVISTA Y/O NEONATOLOGO

TITULARES

SUPLENTES

1.2 CUANTOS MEDICOS SIN TITULO DE INTENSIVISTA Y/O NEONATOLOGO

TITULARES

SUPLENTES

1.3 SEÑALE SI EXISTEN CARGOS MEDICOS VARIABLES SEGÚN DEMANDAS



1.4 SE CONSIDERAN CARGOS DE RETEN



1.5 CUANTOS CARGOS VARIABLES EN LA UNIDAD \_\_\_\_\_

1.6 ACLARACIONES DE FUNCIONAMIENTO, INCLUYA CARGOS MAXIMOS Y MINIMOS

---



---

1.7 CONDUCCION DEL SERVICIO O DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA INTENSIVA Y/O NEONATOLOGIA: JEFE/DIRECTOR/COORDINADOR. (CONSIGNAR SI ES ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA INTENSIVA, NEONATOLOGIA Y OTRAS ESPECIALIDAD/ES REGISTRADAS EN MSP).

APELLIDO Y NOMBRE	DIAS X SEMANA	CARGO/Gº	ESPECIALIDAD/ES	AÑO




1.6 CONDUCCION DEL SERVICIO: SUBJEFE/COORDINADORES. (CONSIGNAR SI ES ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA INTENSIVA, NEONATOLOGIA Y OTRAS ESPECIALIDAD/ES REGISTRADAS EN MSP).

APELLIDO Y NOMBRE	DIAS X SEMANA	CARGO GRADO	ESPECIALIDAD/ES	AÑO

2.- RECURSOS DE ENFERMERIA

2.1.-CANTIDAD DE TURNOS DE ENFERMERIA:

4 TURNOS DE 6HORAS CADA UNO

3 TURNOS DE 8 HORAS CADA UNO

OTRA ORGANIZACIÓN INDIQUELA

2.2.- EXISTE CARGO DE JEFE DE SECTOR LIC. ENF.

2.3.- EXISTE LIC.ENF. EN EL SERVICIO EN CADA TURNO:

2.4.- SEÑALE EL NUMERO DE LICENCIADAS EN CADA TURNO:



MAÑANA \_\_\_\_\_ TARDE \_\_\_\_\_

VESPERTINO \_\_\_\_\_ NOCHE \_\_\_\_\_

2.5.-EXISTE UNA SUPERVISORA EN LA INSTITUCIÓN

2.6.- EN CADA TURNO?

2.7.- SEÑALE EL NUMERO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA EN CADA TURNO:

MAÑANA \_\_\_\_\_ TARDE \_\_\_\_\_

VESPERTINO \_\_\_\_\_ NOCHE \_\_\_\_\_

2.8.-LA DOTACIÓN INDICADA SIEMPRE SE CUMPLE

2.9.- LA UNIDAD CUENTA CON LICENCIADOS SUPLENTE ORIENTADOS  
EN PEDIATRÍA INTENSIVA Y/O NEONATOLOGIA PARA CONVOCAR EN CASO  
DE NECESIDAD.

2.10.- LA UNIDAD CUENTA CON AUXILIARES SUPLENTE ORIENTADOS  
EN PEDIATRÍA INTENSIVA Y/O NEONATOLOGIA PARA CONVOCAR EN CASO  
DE NECESIDAD.

2.11.-EXISTE AUXILIAR DE SERVICIO EN CADA TURNO

PERTENECE AL SERVICIO

2.12.-EXISTE PERSONAL DE MENSAJERIA EN CADA TURNO



PERTENECE AL SERVICIO

2.13.-INDIQUE EL NUMERO TOTAL DE LICENCIADAS EN ENFERMERIA

TITULARES \_\_\_\_\_ SUPLENTEs \_\_\_\_\_

2.14.-INDIQUE EL NUMERO TOTAL DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

TITULARES \_\_\_\_\_ SUPLENTEs \_\_\_\_\_

2.15.-INDIQUE EL NUMERO DE MENSAJEROS

TITULARES \_\_\_\_\_ SUPLENTEs \_\_\_\_\_

2.16.-INDIQUE EL NUMERO DE AUXILIARES DE SERVICIO

TITULARES \_\_\_\_\_ SUPLENTEs \_\_\_\_\_

2.17.- INTEGRANTES DEL EQUIPO, SEÑALE LOS TURNOS O ACLARE LA FORMA DE TRABAJO

TECNICO NEUMOCARDIOLOGO: MAÑANA – TARDE – VESPERTINO – NOCHE. \_\_\_\_\_

FISIOTERAPEUTA: MAÑANA – TARDE – VESPERTINO – NOCHE. \_\_\_\_\_

NUTRICIONISTA: MAÑANA – TARDE – VESPERTINO – NOCHE. \_\_\_\_\_

PSIQUIATRA INFANTIL: MAÑANA – TARDE – VESPERTINO – NOCHE \_\_\_\_\_

FONOAUDIOLOGO: MAÑANA – TARDE – VESPERTINO – NOCHE. \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_