Ministerio de Salud | GOBIERNO DE LA PAMPA

RELEVAMIENTO

INSTITUCIÓN:		**LOCALIDAD:**	
DOMICILIO:		**TELÉFONO:**	
DIRECTOR:		**e-mail:**	

SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN

Marcar con una cruz los servicios que posee su instutición

SERVICIOS	*SI/NO*	*RR.HH*	*PCs x Serv*	*PCs Necesarias*	*Impresoras x Servico*	*Impresoras Necesarias*
ADMISIÓN						
ESTADÍSTICA						
PRESTACIONES						
SERVICIO SOCIAL						
VACUNACIÓN						
FARMACIA						
ENFERMERÍA						
TRASLADOS						
LABORATORIO						
RAYOS						
INTERNACIONES						
	(*)	(**)	(***)	(****)	(*****)	(******)

	CANT	*RR.HH*	*PCs en Cons.*	*PCs Necesarias*	*Impresoras en Cons.*	*Impresoras Necesarias*
CONSULTORIOS						

DETALLE DE LOS EQUIPOS

	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO	*Red*		*Acceso a SIS*	*Sistema Operativo*	*Servicio*	*Tipo de Equipo*		*RAM*
		Ce.Si.Da	*Privado*				*Cliente Delgado*	*PC*	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

(*) Si - Si cuenta con el servicio en el C.S.

(**) Cantidad de personal afectado al servicio

(***) Nro de PCs de cada servicio

(****) Nro de Pcs necesarias en cada servicio

(*****) Nro de Impresoras de cada servicio / consultorio

(******) Nro de Impresoras necesarias en cada servicio / consultorio

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE