



# Centro de Cirugía Especial de México, IAP

"Una Oportunidad para todos"

Los siguientes datos nos permitirán conocer las necesidades de la región, colaborar para equipar sus Centros de Salud y mejorar la calidad de atención a los habitantes de sus comunidades.

Fecha
-------

## Datos del Dispensario, Consultorio o Centro de Salud:

Nombre del Dispensario:			
Dirección:			
Médico Responsable:			
Teléfono:		Correo Electrónico:	
Localidad:			
Municipio:		Estado:	

Áreas de Influencia:									
Población atendida:	→→	Diaria:		Semanal:		Mensual:		Anual:	

Porcentajes aproximados de atención:	Hombres		Anual	Niños		Anual
	Mujeres			Adultos		
	TOTAL			TOTAL		

## Marcar con una X con cuál Material y Equipo NO cuenta actualmente su Dispensario o Centro de Salud:

<input type="checkbox"/>	Mobiliario de Consultorio	<input type="checkbox"/>	Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	Area de Hospitalización
<input type="checkbox"/>	Área de curaciones	<input type="checkbox"/>	Termómetros	<input type="checkbox"/>	Sala de expulsión (partos)
<input type="checkbox"/>	Sillón de Exploración	<input type="checkbox"/>	Baumanómetro	<input type="checkbox"/>	Camas de hospitalización
<input type="checkbox"/>	Equipo de Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	Espejo Vaginal	<input type="checkbox"/>	Cunero
<input type="checkbox"/>	Instrumental Cirugía Menor	<input type="checkbox"/>	Jeringas	<input type="checkbox"/>	Esterilizador
<input type="checkbox"/>	Lámpara de Chicote	<input type="checkbox"/>	Hilos de Sutura	<input type="checkbox"/>	Lámpara de Cirugía
<input type="checkbox"/>	Tripies	<input type="checkbox"/>	Vendas	<input type="checkbox"/>	Medicamentos

## Marcar con cuáles servicios SI cuenta su dispensario o Centro de Salud:

<input type="checkbox"/>	Agua	<input type="checkbox"/>	Teléfono
<input type="checkbox"/>	Luz	<input type="checkbox"/>	Computadora
<input type="checkbox"/>	Drenaje	<input type="checkbox"/>	Internet

## Marcar los Servicios actualmente brindados en su dispensario:

<input type="checkbox"/>	Consulta de Medicina General	<input type="checkbox"/>	Detección oportuna de Sordera Congénita
<input type="checkbox"/>	Control de Crecimiento y Desarrollo del niño sano	<input type="checkbox"/>	Lugar de Referencia para Cirugía Ginecológica
<input type="checkbox"/>	Atención de Partos	<input type="checkbox"/>	Lugar de Referencia para Cirugía Obstétrica
<input type="checkbox"/>	Control de Embarazo y Puerperio	<input type="checkbox"/>	Lugar de Referencia para Terapia Física
<input type="checkbox"/>	Control del Paciente Diabético	<input type="checkbox"/>	Lugar de Referencia a Consulta de Odontología
<input type="checkbox"/>	Control del Paciente Hipertenso	<input type="checkbox"/>	Lugar de Referencia de Laboratorio
<input type="checkbox"/>	Servicio de Cirugía Menor	<input type="checkbox"/>	Lugar de Referencia para Rayos X
<input type="checkbox"/>	Detección oportuna de cáncer cervicouterino	<input type="checkbox"/>	Lugar de Referencia para Ultrasonido
<input type="checkbox"/>	Detección Oportuna de cáncer mamario	<input type="checkbox"/>	Lugar de Referencia a Consulta de Especialidad
<input type="checkbox"/>	Detección oportuna Enfermedades Metabólicas	<input type="checkbox"/>	Lugar de Referencia a Urgencias