

Servicio Departamental de Salud SEDES
Unidad de Calidad y Servicios
Sub unidad CCES.-DC

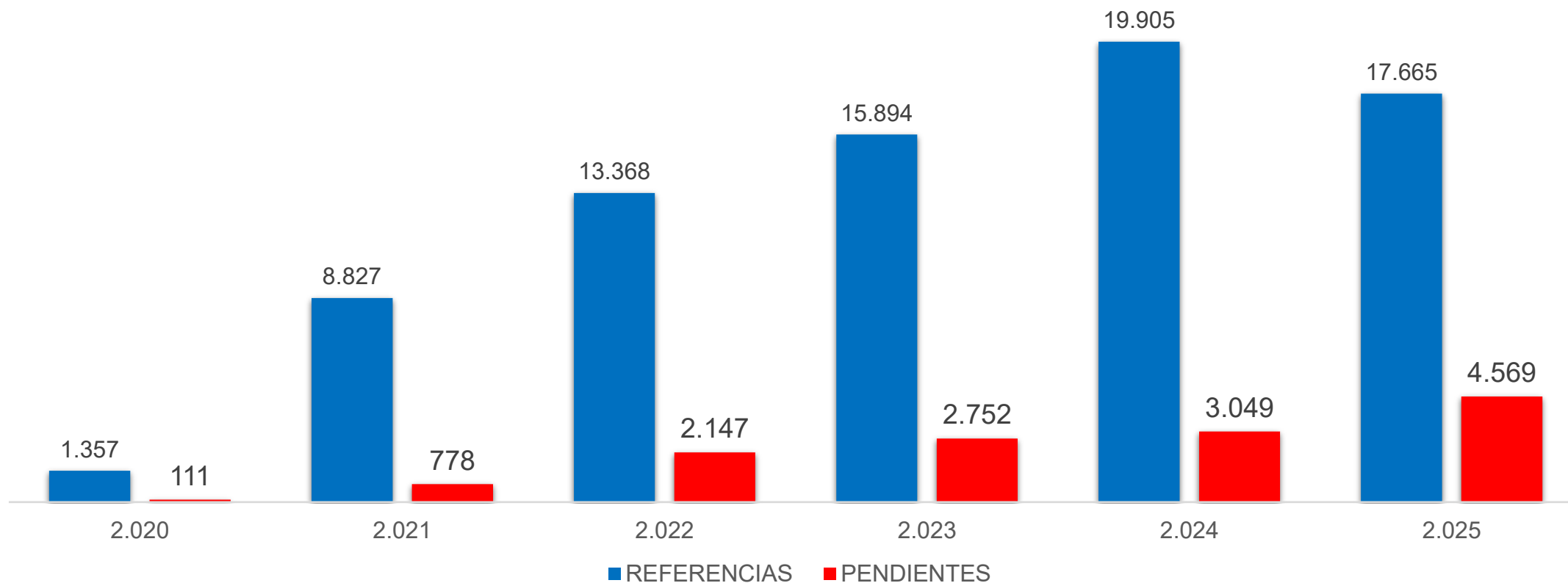


Centro Coordinador de Emergencias en Salud



NOVIEMBRE 2025

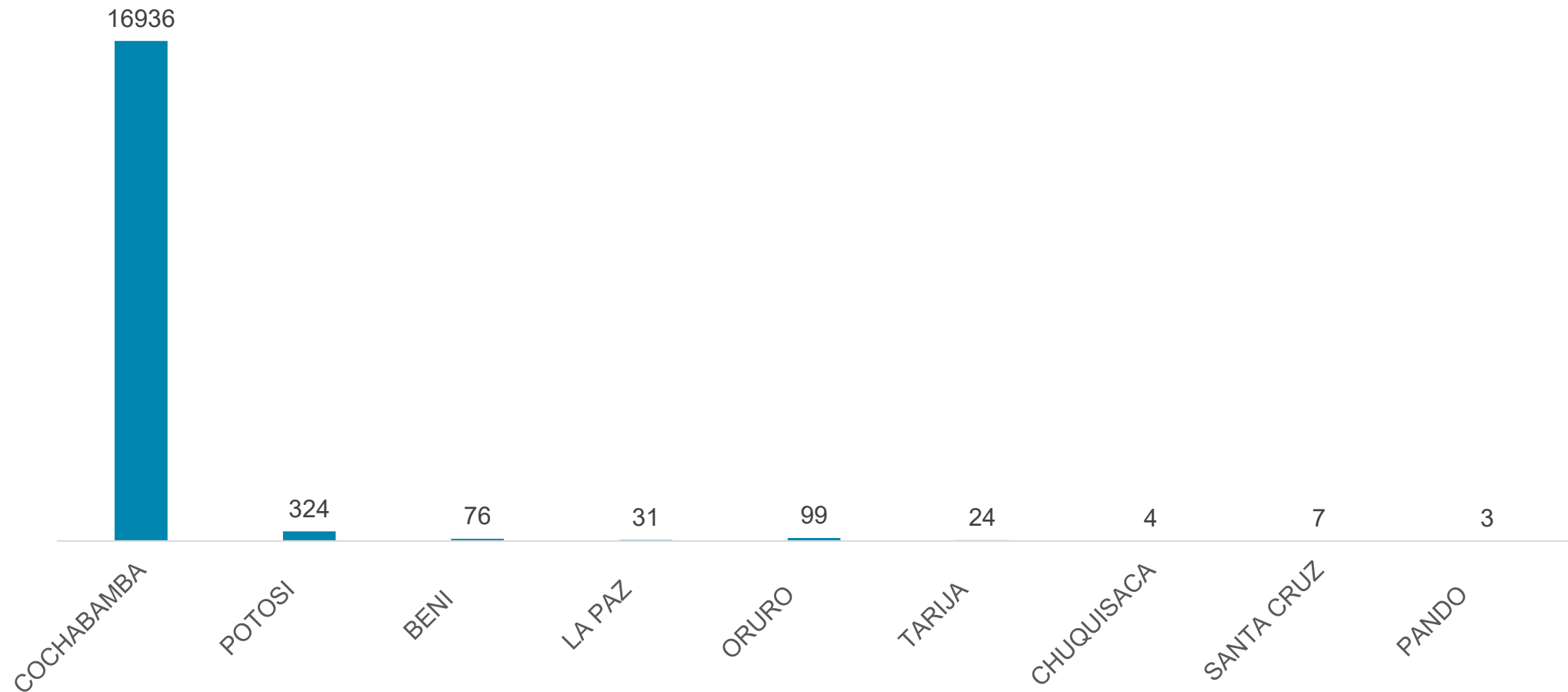
REFERENCIAS DE EMERGENCIAS GESTIONADAS CCES - DC



SEDES
Cochabamba



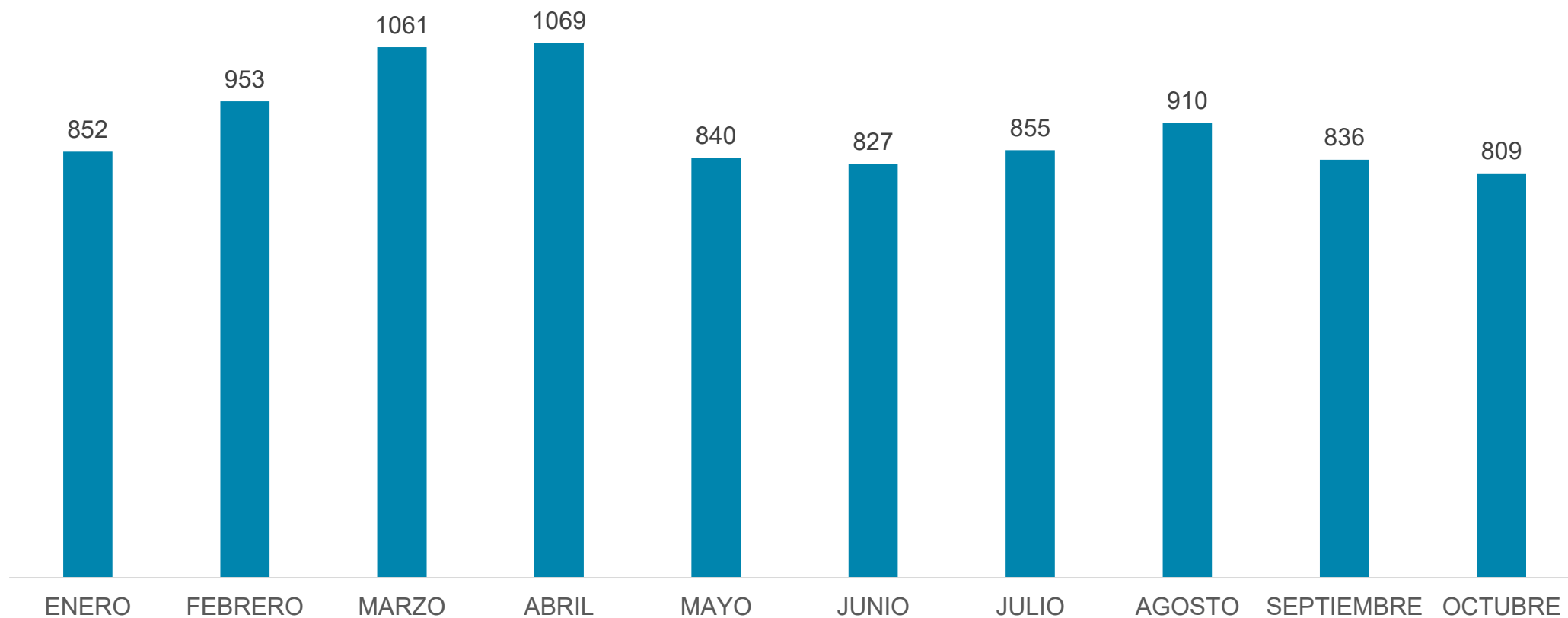
GESTIÓN DE REFERENCIAS POR DEPARTAMENTO



SEDES
Cochabamba



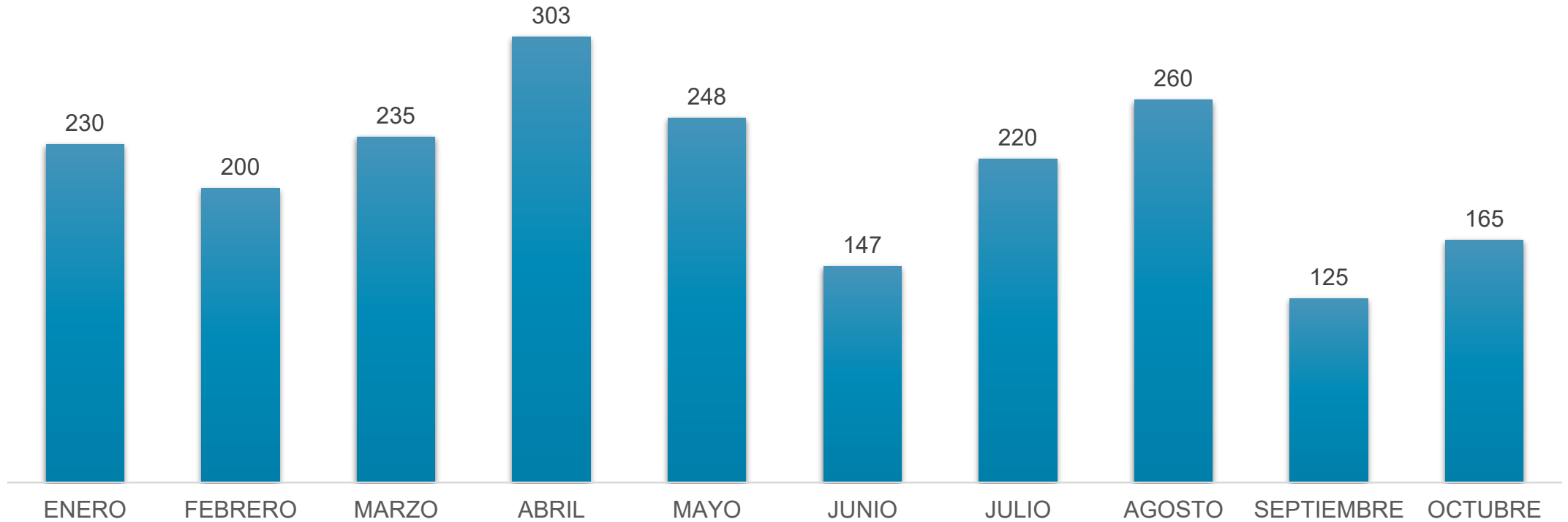
Monitoreo de las ambulancias en la atención pre hospitalaria e interhospitalaria



SEDES
Cochabamba



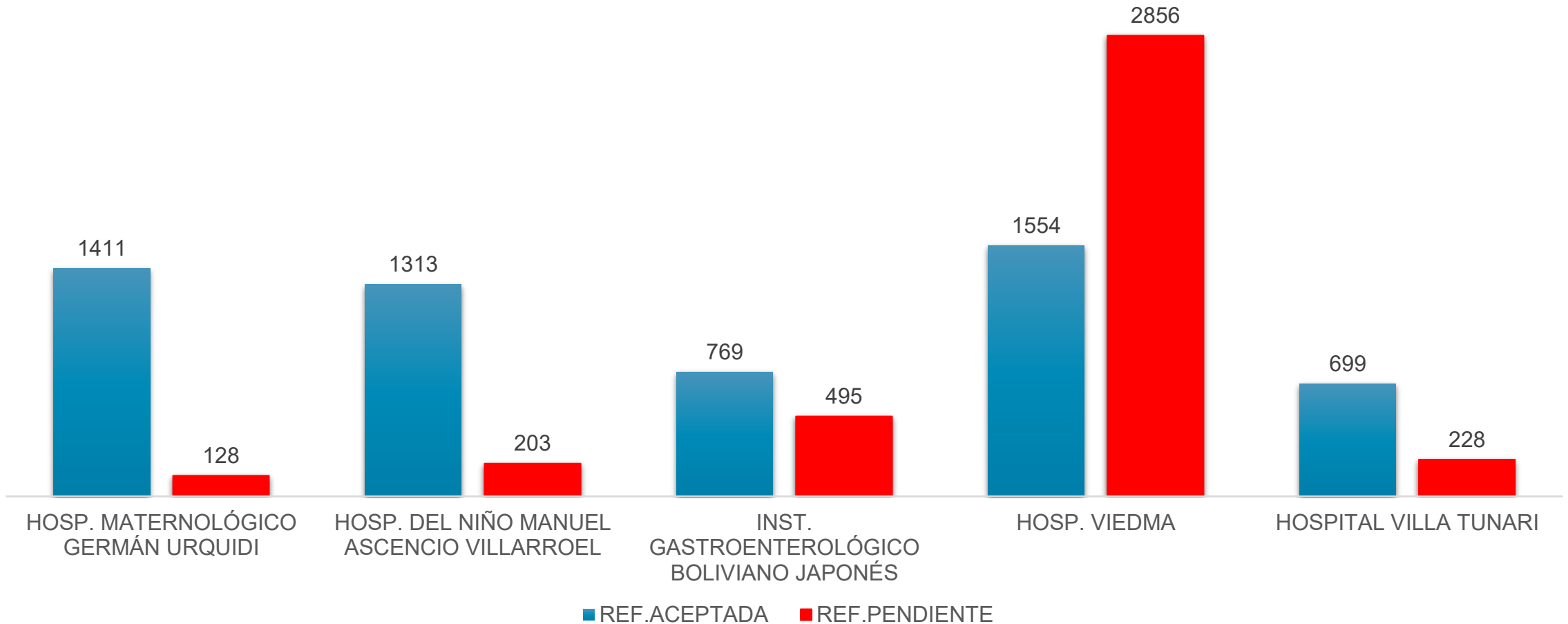
LLAMADAS A LA LINEA 168 – ATENCIÓN PREHOSPITALARIA



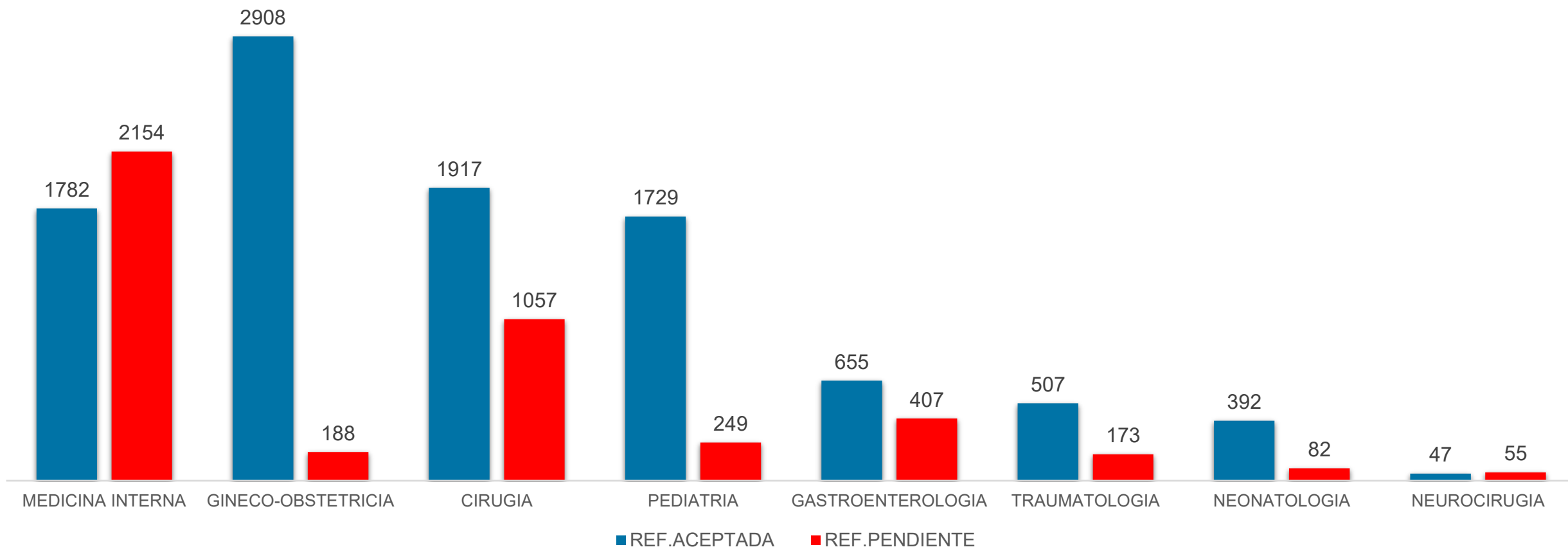
SEDES
Cochabamba



HOSPITALES DE 3ER NIVEL COMPARATIVO DE REF. ACEPTADAS VS PENDIENTES CCES-DC ENE - OCTUBRE 2025



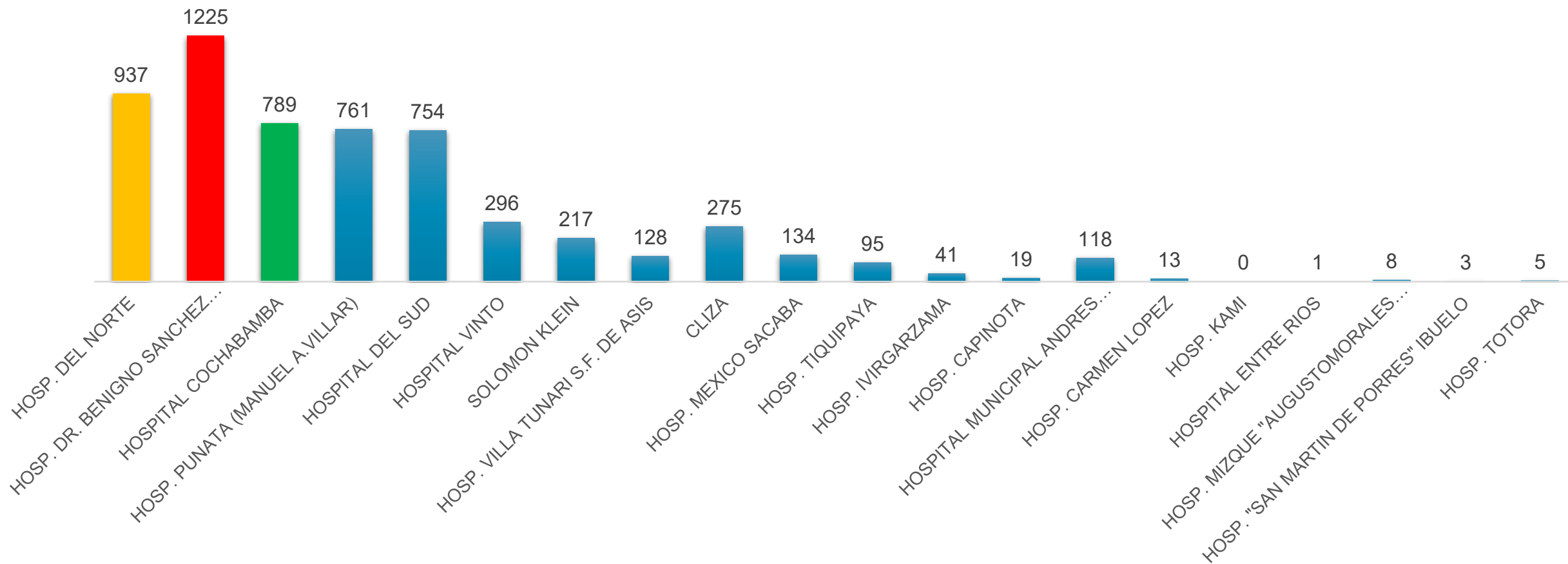
ESPECIALIDADES ACEPTADAS VS. PENDIENTES ENE-OCT 2025 CCES - DC



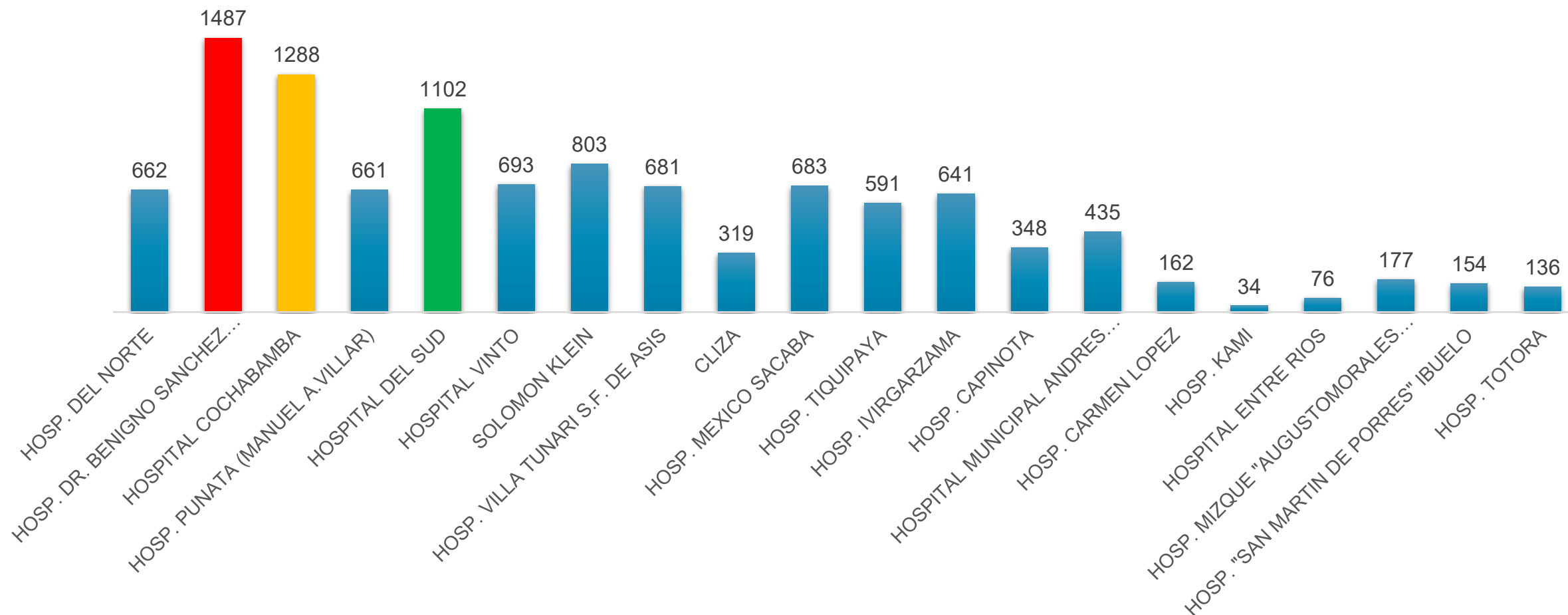
SEDES
Cochabamba



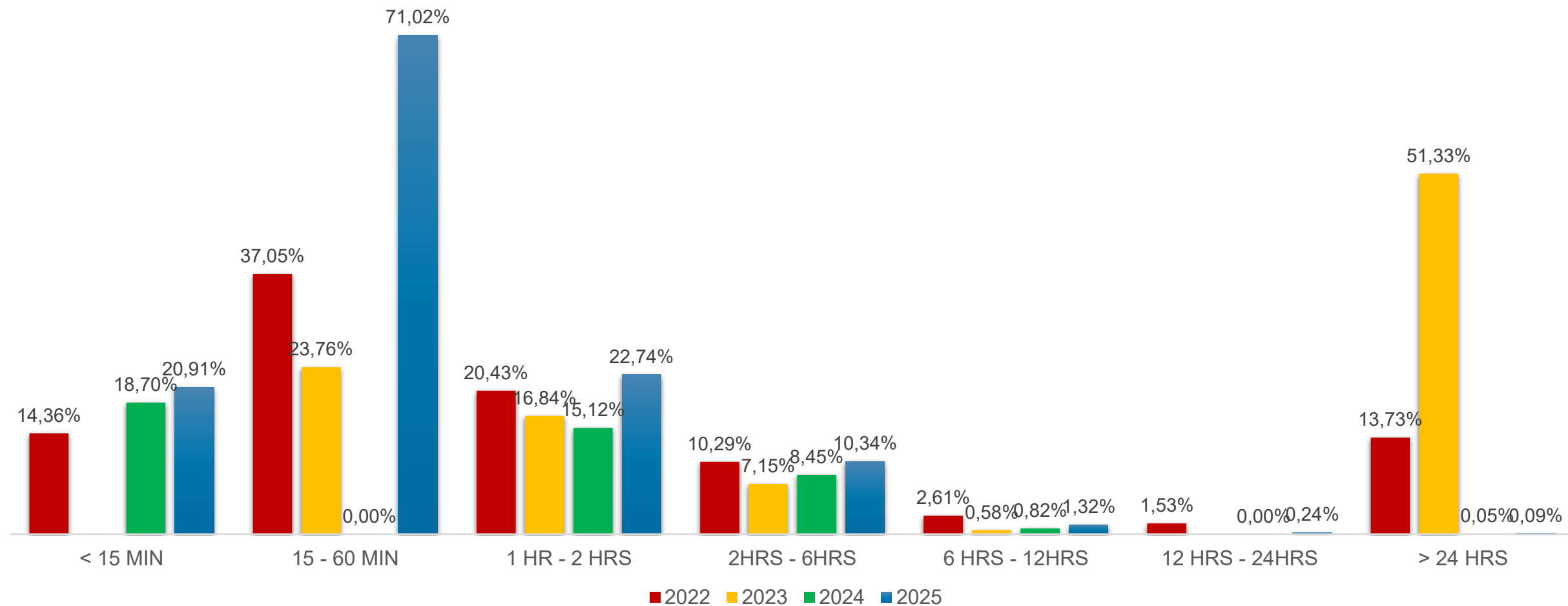
TOP HOSP. DE 2DO NIVEL RECEPTOR DE LA REFERENCIA ENE - OCT 2025 CCES -DC



TOP HOSPITAL DE 2DO NIVEL QUE MÁS REFIERE ENE-OCT 2025



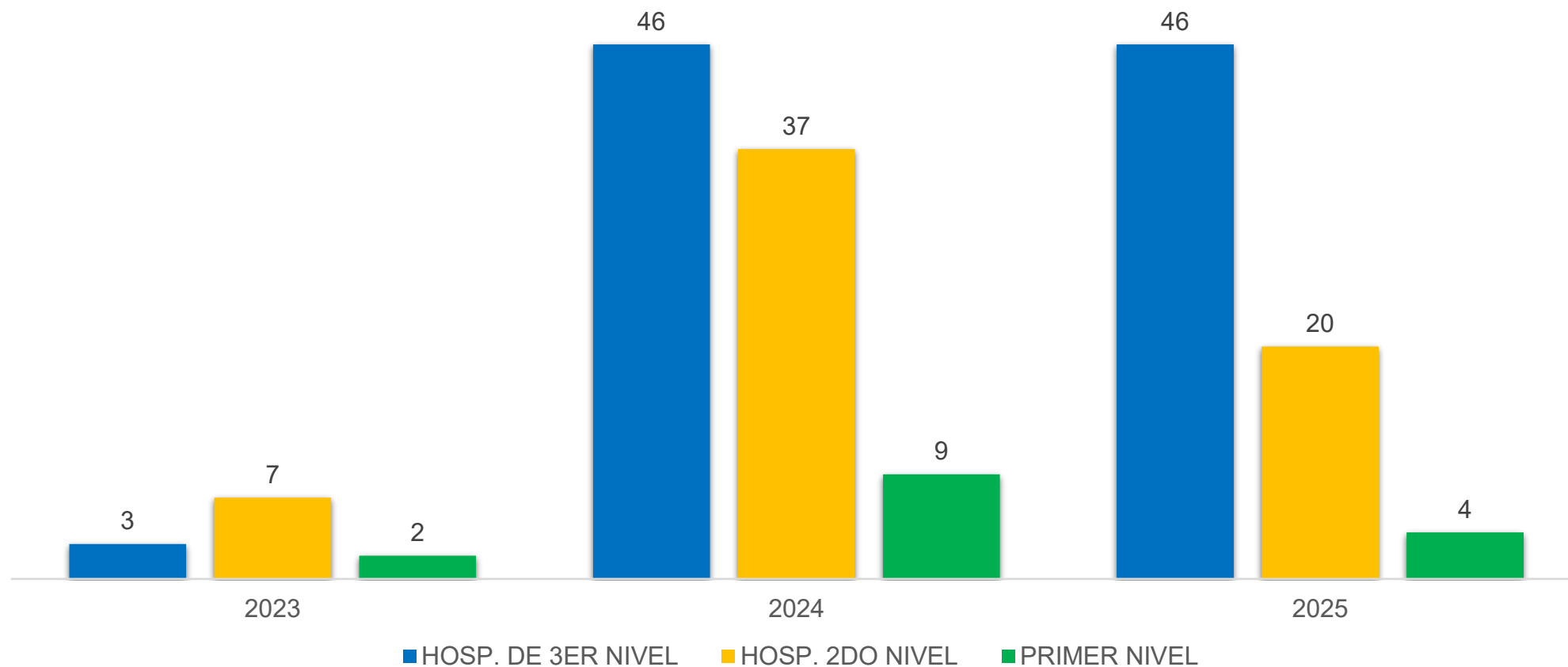
TIEMPO DE ACEPTACIÓN DE LA REFERENCIA



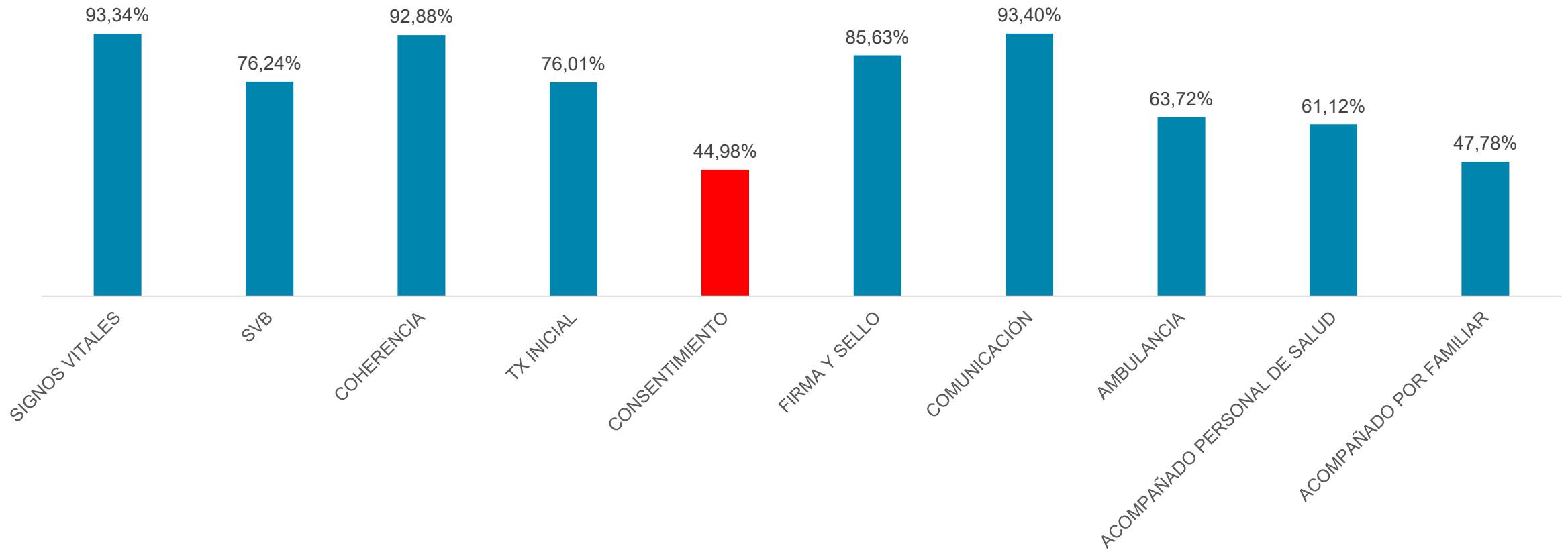
SEDES
Cochabamba



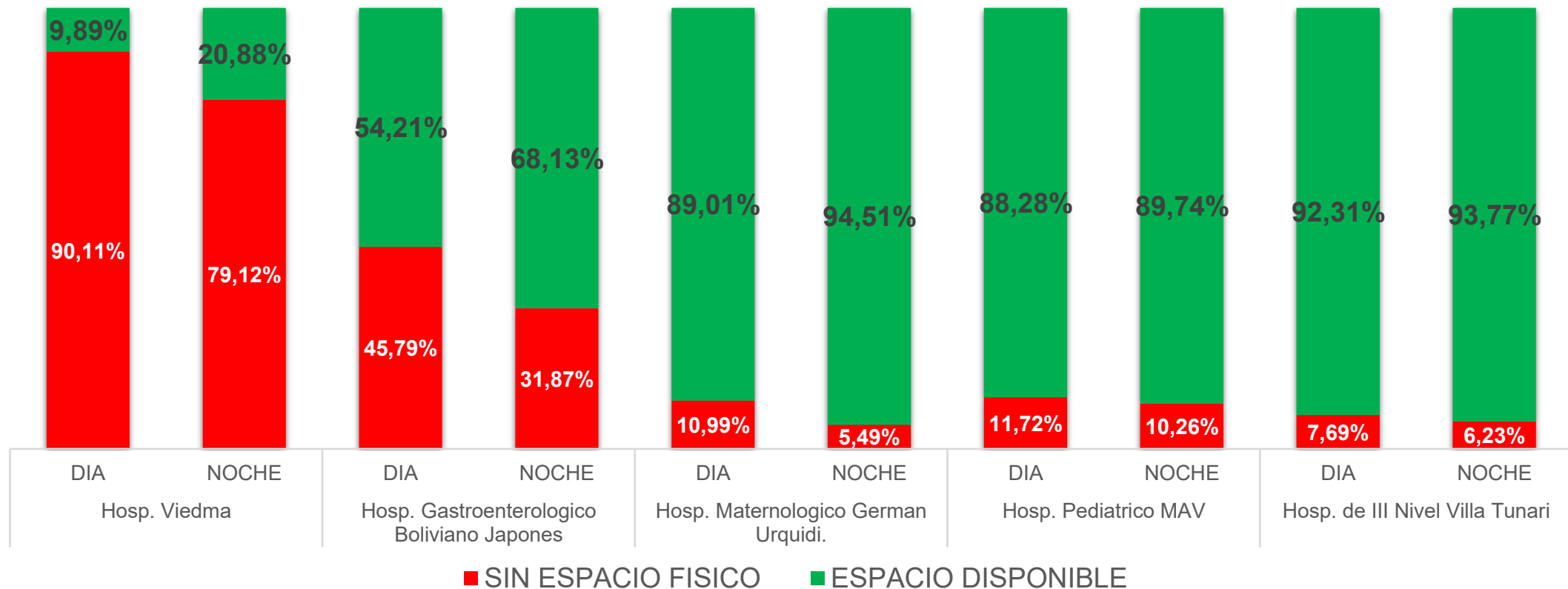
SUPERVISIÓN A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



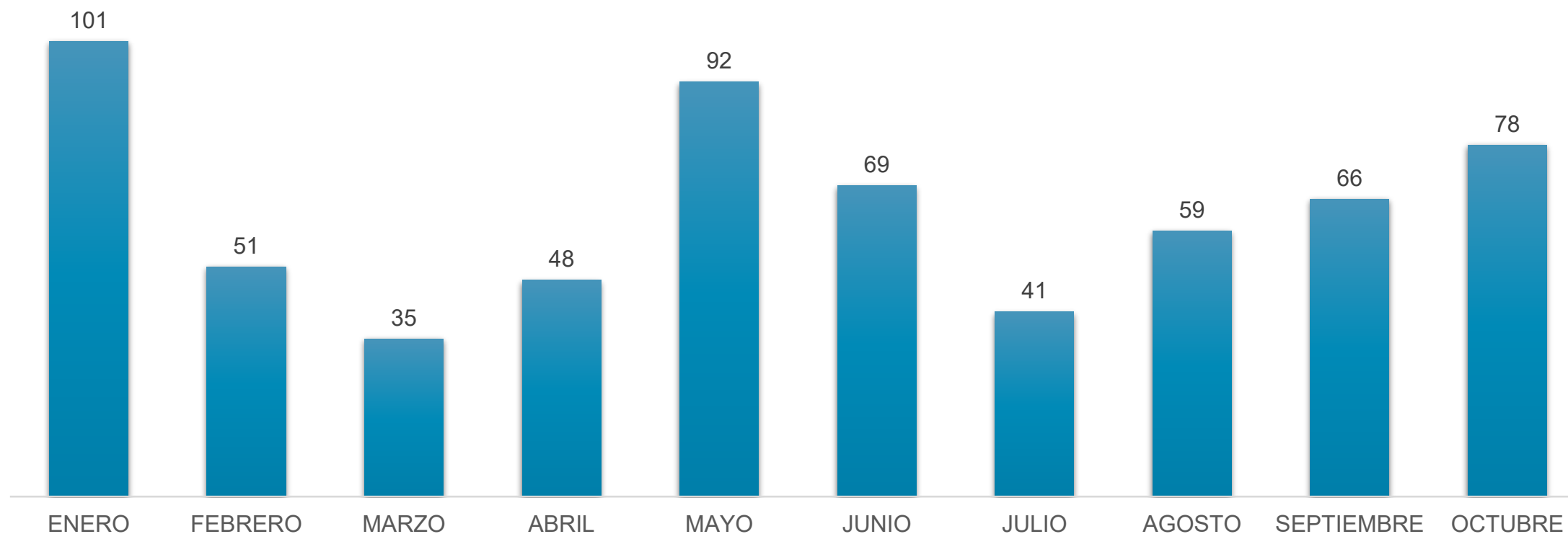
CALIFICACIÓN AJO (ADECUADO) ENE – OCT 2025



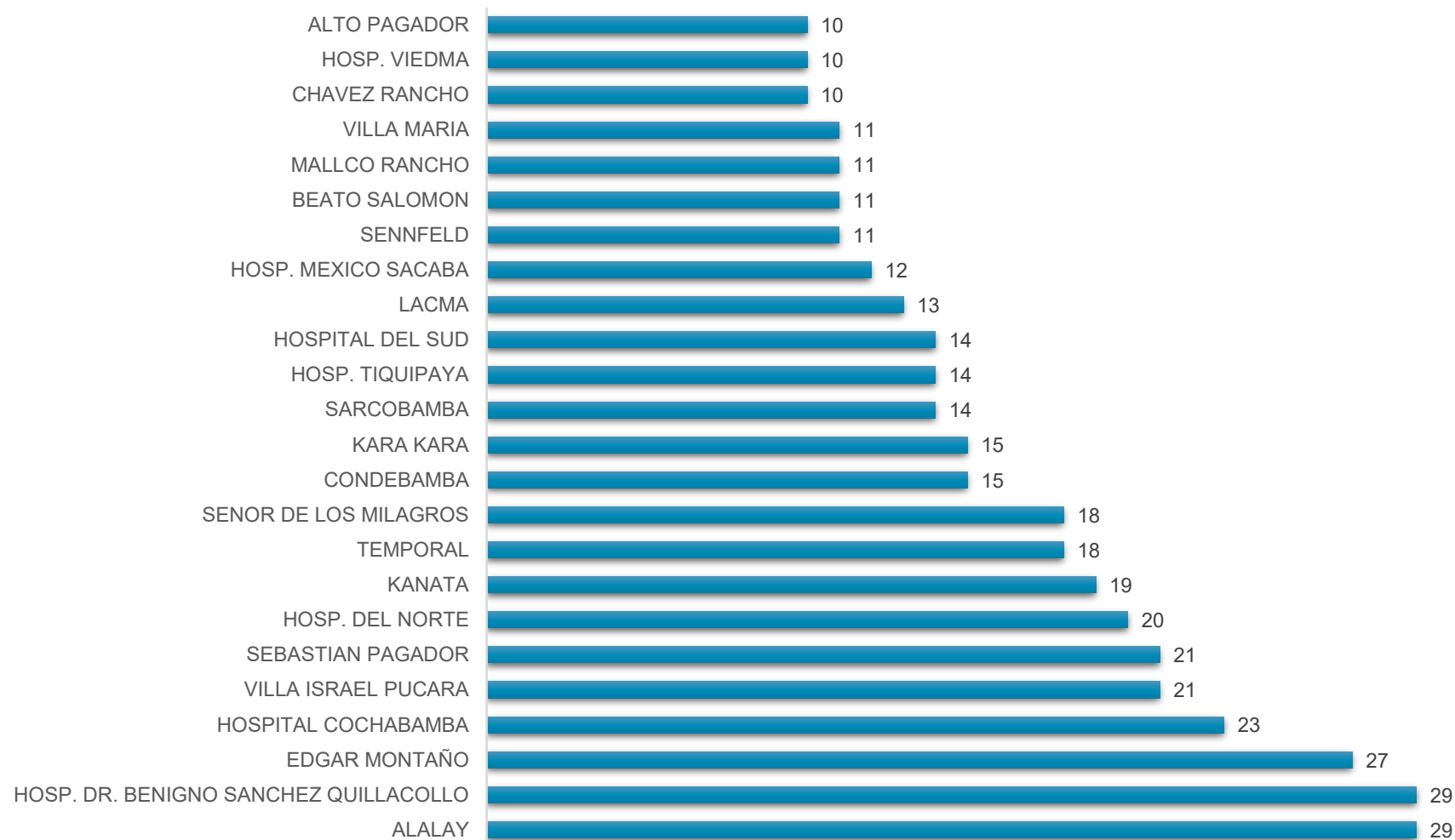
ESPACIO FISICO EN HOSP. DE 3ER NIVEL



Atención de quejas de REF. NO coordinadas y/o NO justificadas



Reporte de Quejas por Establecimiento de salud



Centro Coordinador de Emergencias



Descárgate el app 168 **EMERGENCIAS EN SALUD** !!!Cada segundo cuenta!!!

The advertisement features a hand holding a smartphone displaying the 168 Emergency App logo. The background shows an ambulance and the text "DESCARGA LA NUEVA APP 168". A circular logo with a headset and the number 168 is labeled "LÍNEA GRATUITA". Below the phone, it says "LLAMA A LA LÍNEA GRATUITA 168". At the bottom, it states "Servicio de emergencias y urgencias", "Disponible en", and "Atención 24 horas". Logos for the Government of Cochabamba and SEDES are at the top. The bottom right corner says "¡DISPONIBLE EN TODA COCHABAMBA!".



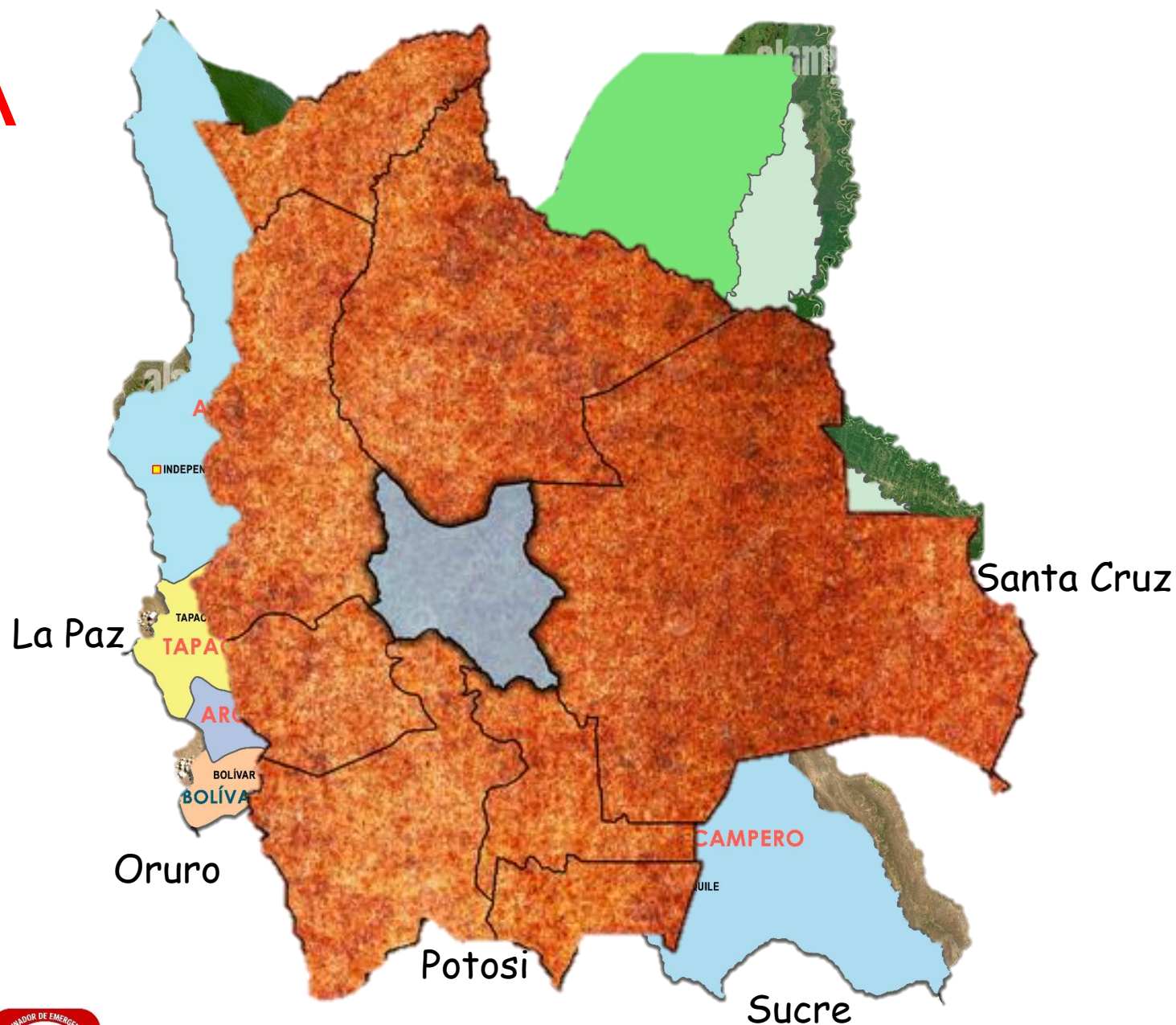
SEDES
Cochabamba



Centro Coordinador de Emergencias en Salud - Cochabamba

COCHABAMBA

- **Población.-** 2.005.373 habitantes (censo 2024)
- **Municipios.-** 47
- **Redes de Salud.-** 14
- **Hospitales de 3er nivel.-** 5
- **Hospitales de 2do nivel.-** 20
- **Primer nivel.-** 463

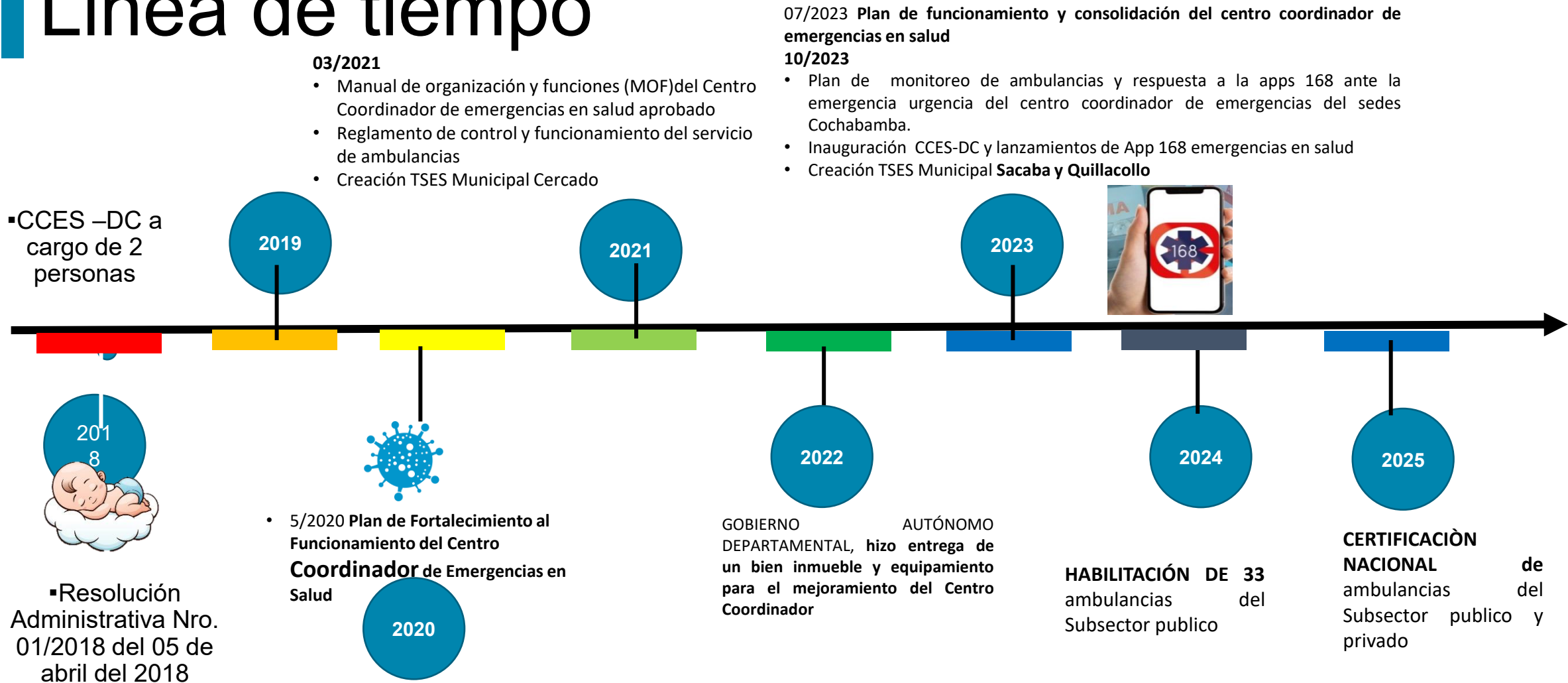


CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS EN SALUD

Es una instancia de **coordinación/operativa** en la atención de **urgencias, emergencias, catástrofes** o desastres en salud en el departamento, garantiza la atención prehospitalaria y la referencia a los pacientes o usuarios que solicitan los servicios y su admisión oportuna en el establecimiento de salud de destino en coordinación con los establecimientos de los cuatro niveles y con otras instancias concurrentes al evento como ser Bomberos de la Policía, Policía Boliviana, SAR-FAB y otros, para que la resolución de su problema de salud sea rápida, oportuna y efectiva con personal debidamente entrenado y calificado.



Linea de tiempo



SEDES
Cochabamba





GRACIAS !

Por su atención y
por sus sugerencias

MODELO DE HOJA DE REFERENCIA

Paciente con dolor
Abdom. intenso.
Favor Atención Emer-
gencias - Gastro
Paciente de 30 años de edad.
Gastro

FORMULARIO N° 1
FORMULARIO DE REFERENCIA

ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE: V QUILLACOLLO FECHA:

SERVICIOS: FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO:

EDAD: Años: Mes: Fecha de Nacimiento: Sexo: M F

CLÍNICOS SIGNOS VITALES: F.C.: F.R.: P.A.: T°:

ANTECEDENTES DE ANAMNESIS Y EXAMEN CLÍNICO:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO:

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

a) TEC GRAVE.

b)

EXAMEN INICIAL:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, mayor de edad, habiéndome informado sobre los riesgos y beneficios que se pueden presentar al aceptar la referencia, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos y beneficios que se pueden presentar, manifiesto mi consentimiento informado.

USUARIO: FIRMA ACOMPAÑANTE:

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENVIA AL USUARIO O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE REFIERE:

MEDICO QUE REALIZA LA REFERENCIA FIRMA

MOTIVO DE REFERENCIA

URGENCIA: INTERCONSULTA:

FECHA DE ENVÍO: HORA DE ENVÍO:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: NIVEL:

NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA:

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL USUARIO:

FECHA DE RECEPCIÓN: HORA DE LLEGADA: HORA DE SALIDA:

ADecuado: SI ☐ NO ☐ JUSTIFICADO: SI ☐ NO ☐ OPORTUNO: SI ☐ NO ☐

MEDICO QUE RECIBE LA REFERENCIA

FIRMA



SEDES
Cochabamba





Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud

FORMULARIO D7

REFERENCIA PARA INTERCONSULTA

CHAV-188

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REFERENTE

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE: C.S. CHAVEZ RANCHO
RED DE SALUD: RED I-CERCADO MUNICIPIO: COCHABAMBA
FECHA: 25-jul-24 HORA: 04:10 p.m.
FECHA DE ENVÍO: HORA DE ENVÍO Motivo:

CENTRO DE SALUD
CHAVEZ RANCHO
COCHABAMBA - BOLIVIA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: VICTOR DANIEL CRUZ ROSSO Fecha Nac. 28/03/2004 C.I.: 9448491 H.C.: 25959
SEXO M (X) F () EDAD: 20 años, 3 meses, 27 días. PROCEDENCIA: DOMICILIO: VILLA BUCH
Nombre Acompañante: C.I. Telf/Cel: Parentesco:

DATOS CLÍNICOS Y SIGNOS VITALES

F.C.: 98 F.R.: 20 TEMP.: 36.3 PESO: 52 Talla: 178 I.M.C.: 16.0 P.A.: 90/60 Sat. O2 Glasgow

RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXAMEN CLÍNICO (FÍSICO)

PACIENTE REFIERE ESTAR CONFUNDIDO CON SU FORMA DE ACTUAR Y DE BUSCAR UNA PROFESION

REALIZÓ EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO

RX Laboratorio Ecografía Tomografía Otro Especifique:

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS

a) ... SANO CIE-10
b) CIE-10
c) CIE-10

TRATAMIENTO INICIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, VICTOR DANIEL CRUZ ROSSO, habiéndome informado sobre el cuadro clínico, autorizo al médico tratante y personal de salud del establecimiento, realizar la referencia, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos, el traslado y posibles tratamientos, procedimientos durante el traslado e internación.

FIRMA USUARIO FIRMA ACOMPAÑANTE

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENVÍA AL USUARIO O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE REFIERE

MOTIVO DE REFERENCIA

EMERGENCIA URGENCIA INTERCONSULTA X A: PSICOLOGIA
Otro motivo:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR

ESTABLECIMIENTO AL QUE ES REFERIDO: HOSPITAL CLÍNICO VIEDMA NIVEL Y SECTOR: III
NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA: Medio de comunicación
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL USUARIO FECHA DE RECEPCIÓN:
HORA DE LLEGADA HORA DE RECEPCIÓN

Calificación por el E.S. Receptor

MÉDICO RESPONSABLE DEL E.S. RECEPTOR:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:

A	J	O
SI NO	SI NO	SI NO

SELO DEL
ESTABLECIMIENTO
RECEPTOR



SI Cochabamba



Centro Coordinador de Emergencias en Salud - Cochabamba



FORMULARIO DE INTERCONSULTA

AP. PATERNO: BUSTILLOS	AP. MATERNO VALENCIA	NOMBRES ROBERTO	Nro. HC. 274699
FECHA DE NACIMIENTO 22/9/1949	SEXO Masculino	ESTADO CIVIL Viudo/a	OCUPACIÓN OCUPACION
SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA ADMISIÓN
			Paciente de Consulta Externa

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

HOSPITAL: Inst. Gastroenterológico Boliviano Japonés	SERVICIO CONSULTADO: Gastroenterología
ANTECEDENTES CLÍNICOS COLELITIASIS CRONICA	
MOTIVO DE INTERCONSULTA VALORACION Y CONDUCTA	
11/07/2025 Fecha	Sello y Firma del Médico

INFORME DE INTERCONSULTA

RESULTADOS DEL EXAMEN	
DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS	
TRATAMIENTO	
OBSERVACIONES	
Fecha	Sello y Firma del Médico




REFERENCIA



NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE: HOSPITAL "DR. BENIGNO SANCHEZ"

RED V MUNICIPIO QUILLACOLLO

FECHA: 14 08 2023 HORA: 10 00

D-7

AP. PATERNO: Jimenez

NOMBRES: Yael Antonio

DOMICILIO:

AP. MATERNO: Colque

CEDULA IDENTIDAD:

SEXO: M

FECHA DE IDENTIFICACIÓN

EDAD: 35

DATOS CLÍNICOS SIG. VITALES: IMC: 110 F.R.: 20 PA: 36 TEMP.: 36 PESO: 16300 SPO2: 95

RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXÁMEN CLÍNICO: Paciente acude con cuadro clínico, madre refiere que dejó con su tío, madre vio a su hijo y al indicio que ingirió de una ualca que trajieron los perros, 4- un día, actualmente al niño se encuentra hipotónico, 5- to xico van a no de chagas y madre refiere que no sabe cuanto ingirió. EF: Paciente hipotónico, hipotónico, pupilas midriáticas poco reactivas a la luz, boca: lengua sabural, corazón normal; Abdomen: congestivo en fosa iliaca derecha, izquierda.

RESULTADOS, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS:

a) Intoxicación x Veneno del chagas

b)

TRATAMIENTO INICIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jennifer Colque, mayor de edad, habiéndome informado sobre el cuadro clínico, auto informado claramente sobre los riesgos y beneficios que se pueden presentar.

FIRMA USUARIO: [Firma]

FIRMA ACOMPAÑANTE:

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENVÍA AL USUARIO O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE REFIERE: [Firma]

MOTIVO DE REFERENCIA

URGENCIA / EMERGENCIA: ☒ ESTUDIO DE GABINETE: ☐ TRATAMIENTO: H 00

LABORATORIO: ☐ INTERCONSULTA: ☐ OTROS: ☐ TELESALUD: ☐

ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: H. Dr. Manuel Arce Velasco NIVEL: III

NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA: NINGUNA

NOMBRE DE QUIEN RECIBE: Dra. Montenegro CARGO DE QUIEN RECIBE: Médico Pediatra

FECHA DE RECEPCIÓN: 14 08 23 HORA LLEGADA: 10 00 HORA RECEPCIÓN: 10 00

MÉDICO RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR: Dra. Montenegro

EVALUACIÓN A.J.O. DE REFERENCIA

ADECUADO	SI	NO
JUSTIFICADO	SI	NO
OPORTUNO	SI	NO

Firma del Médico Responsable: [Firma]

Original: Para Establecimiento que refiere la REFERENCIA.
2da. copia: Amarilla para la Historia Clínica del Establecimiento RECEPTOR.
3ra. copia: Verde para comitè de REFERENCIA y CONTRAREFERENCIA.



SEDES
Cochabamba





FORMULARIO DE REFERENCIA

ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE: [REDACTED]

RED DE SERVICIOS: I CERCADO FECHA: 26/08/2025 HORA: 11:44

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO: MARIBEL FIDELIA CASTELO PLAZA

DOMICILIO: PUCARITA

EDAD: Años: 44 Mes: Fecha de Nacimiento: 24/04/1978 Sexo: M ☐ F ☒ N° HC: 38746

DATOS CLINICOS SIGNOS VITALES: F.C.: 60 F.R.: 24 P.A.: 100/60 T°: 36.2 PESO: 59.KG.

RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXAMEN CLINICO:

PCIENTE QUE ACUDE POR PRESENTAR CONSTIPACION CRONICA Y DIFICULTAD A DEPOSICIONES SE REALIZA TRATAMIENTO CON BISACODIL Y LACTULOSA Y POSTERIORMENTE TRATAMIENTOS DIETETICOS A EX FISICO ABDOMEN SEMIDISTENDIDO , RETENCION DE GASES EN REGION PERIUMBILICAL CON REPORTE DE EX LAB . SOLICITO VALORACION POR ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGIA

RESULTADOS, EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO:

ACOMPAÑO EX LAB.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

Dx. Principal: CONSTIPACION CRONICA

Dx. Relacionado:

TRATAMIENTO INICIAL:

HIOSCINA IM

CONCENTIMIENTO INFORMADO

Yo MARIBEL FIDELIA CASTELO PLAZA mayor de edad, habiendome informado sobre el cuadro clinico, autorizo la referencia, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos y beneficios que se pueden presentar.

FIRMA USUARIO: [Firma] FIRMA ACOMPAÑANTE: [Firma]

CARGO DE QUIEN ENVIA AL USUARIO O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE ENVIA: [Firma]

MOTIVO DE REFERENCIA

EMERGENCIA: ☒ URGENCIA: ☐ INTERCONSULTA: GASTROENTEROLOGIA

OTROS:

FECHA DE ENVIO: 26/08/2025 HORA DE ENVIO: 11:44

ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: INSTITUTO GASTROENTEROLOGICO NIVEL: III SUBSECTOR: ☒ PUBLICO ☐ SEGURO ☐ OTRO

NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA:

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL USUARIO:

FECHA DE RECEPCION: HORA DE LLEGADA: HORA DE RECEPCION: ADECUADO: SI ☐ NO ☐ JUSTIFICADO: SI ☐ NO ☐ OPORTUNO: SI ☐ NO ☐

MEDICO QUE RECIBE LA REFERENCIA FIRMA SELLO

1ra copia, para Establecimiento RECEPTOR
2da copia, para Establecimiento RECEPTOR
3ra copia, para Establecimiento que realiza la REFERENCIA

RED CERCADO CBBA



SEDES
Cochabamba





FORMULARIO DE REFERENCIA

ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE: [REDACTED]

RED DE SERVICIOS: I CERCADO FECHA: 26/08/2025 HORA: 11:44

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO: MARIBEL FIDELIA CASTELO PLAZA

DOMICILIO: PUCARITA

EDAD: Años: 44 Mes: Fecha de Nacimiento: 24/04/1978 Sexo: M ☐ F ☒ N° HC: 38746

DATOS CLINICOS SIGNOS VITALES: F.C.: 60 F.R.: 24 P.A.: 100/60 T°: 36.2 PESO: 59.KG.

RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXAMEN CLINICO:

PCIENTE QUE ACUDE POR PREWSENTAR CONSTIPASION CRONICA Y DIFICULTAD A DEPOSICIONES SE REALIZA TRATAMIENTO CON BISACODIL Y LACTULOSA Y POSTERIORMENTE TRATAMIENTOS DIETETICOS A EX FISICO ABDOMEN SEMIDISTENDIDO , RETENCION DE GASES EN REGION PERIUMBILICAL CON REPORTE DE EX LAB . SOLICITO VALORACION POR ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGIA

RESULTADOS, EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO:

ACOMPAÑO EX LAB.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

Dx. Principal: CONSTIPACION CRONICA

Dx. Relacionado:

TRATAMIENTO INICIAL:

HIOSCINA IM

CONCENTIMIENTO INFORMADO

Yo MARIBEL FIDELIA CASTELO PLAZA mayor de edad, habiendome informado sobre el cuadro clinico, autorizo la referencia, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos y beneficios que se pueden presentar.

FIRMA USUARIO: [Firma] FIRMA ACOMPAÑANTE: [Firma]

CARGO DE QUIEN ENVIA AL USUARIO O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE [Firma]

MOTIVO DE REFERENCIA

EMERGENCIA: ☒ URGENCIA: INTERCONSULTA: GASTROENTEROLOGIA

OTROS:

FECHA DE ENVIO: 26/08/2025 HORA DE ENVIO: 11:44

ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: INSTITUTO GASTROENTEROLOGICO NIVEL: III SUBSECTOR: ☒ PUBLICO ☐ SEGURO ☐ OTRO

NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA:

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL USUARIO:

FECHA DE RECEPCION: HORA DE LLEGADA: HORA DE RECEPCION:

ADECUADO: SI ☐ NO ☐ JUSTIFICADO: SI ☐ NO ☐ OPORTUNO: SI ☐ NO ☐

MEDICO QUE RECIBE LA REFERENCIA FIRMA SELLO

1ra copia, para Establecimiento RECEPTOR
2da copia, para Establecimiento RECEPTOR
3ra copia, para Establecimiento que realiza la REFERENCIA

RED CERCADO CBBA



SEDES
Cochabamba





SED
Cochabamba



SEDI
Cochabamba