











Mod. EH-8

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

COMISION CENTRAL DE COORDINACION HOSPITALARIA

A N E X O N º II

IDENTIFICACION Y DATOS TECNICOS DEL CENTRO

CODIGOS  
(No escriban en este recuadro)

Prov		1	_____
Mun.	3	4	_____
Núm		7	_____
Fin.		10	_____
Depen		12	_____
Ambito		14	_____
Nivel		15	_____

Provincia \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_

Antes de cumplimentar este cuestionario léanse, por favor, las Instrucciones que figuran en las páginas 6 y 7

Nombre del establecimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

Finalidad del establecimiento \_\_\_\_\_

Organismo o entidad jurídica de quien depende \_\_\_\_\_

A. NUMERO DE CAMAS E INCUBADORAS

	1977	1978	1979
Número total de camas .....	16 _____	16 _____	16 _____
De ellas están destinadas a cuidados intensivos	20 _____	20 _____	20 _____
Número de incubadoras .....	23 _____	23 _____	23 _____

(A cumplimentar por el Jefe Regional) 26 \_\_\_\_\_

H. HABITACIONES

HABITACIONES						CON MAS DE 6 CAMAS	
Con 1 cama	Con 2 camas	Con 3 camas	Con 4 camas	Con 5 camas	Con 6 camas	Habitaciones	Camas
24 _____	27 _____	30 _____	33 _____	36 _____	39 _____	42 _____	45 _____
En caso de emergencia, n.º de camas que pueden instalarse en buenas condiciones						48 _____	

(A cumplimentar por el Jefe Regional) 52 \_\_\_\_\_

**C. PERSONAL (incluido el religioso)**

CATEGORIAS	VINCULADO AL HOSPITAL		COLABORADORES HABITUALES
	36 horas semanales y más	Menos de 36 horas semanales	
<i>Directivo:</i>			
Directores y Gerentes . . . . .	45	49	53
Administradores e Intendentes . . . . .	56	60	64
<i>Sanitario:</i>			
<i>Médicos:</i>			
Medicina interna y especialidades médicas . . . . .	67	71	75
Cirugía general y especialidades quirúrgicas . . . . .	78	82	86
Especialistas en obstetricia y ginecología . . . . .	89	93	97
Especialistas en pediatría . . . . .	100	104	108
Especialistas en psiquiatría . . . . .	111	115	119
Servicios y Departamentos Centrales . . . . .	122	126	130
Guardia . . . . .	133	137	141
En periodo de formación . . . . .	144	148	152
Farmacéuticos . . . . .	155	159	163
Otros titulados superiores con función sanitaria . . . . .	166	170	174
Enfermeras jefes y supervisoras . . . . .	177	181	185
Matronas y A.T.S. espec. en obstetricia . . . . .	188	192	196
Otros A.T.S. especializados . . . . .	199	203	207
Practicantes y A.T.S. masculinos . . . . .	210	214	218
Enfermeras y A.T.S. femeninos . . . . .	221	225	229
Auxiliares de clínica especializados . . . . .	232	236	240
Auxiliares de clínica . . . . .	243	247	251
Otros auxiliares sanitarios . . . . .	254	258	262
<i>No sanitario:</i>			
Administrativos con título superior o de grado medio . . . . .	265	269	273
Otros administrativos . . . . .	276	280	284
Asistentes sociales . . . . .	287	291	295
Otros titulados superiores o de grado medio . . . . .	298	302	306
Capellanes . . . . .	309	313	317
Subalternos . . . . .	320	324	328
Personal de oficio cualificado . . . . .	331	335	339
Personal sin cualificar . . . . .	342	346	350

(A cumplimentar por el Jefe Regional)

**CODIGOS**

Si el Establecimiento está atendido por alguna Congregación Religiosa, indíquese el número de miembros que prestan servicios en el mismo:

(No escriban en este recuadro)

354

(Estos deberán estar incluidos en el cuadro anterior)

Prov.	<input type="text"/>
Mun.	<input type="text"/>
Núm.	<input type="text"/>

INGRESOS, ESTANCIAS Y CONSULTAS EXTERNAS

	1977	1978	1979
ENFERMOS INGRESADOS	██████████	██████████	██████████
ESTANCIAS CAUSADAS	██████████	██████████	██████████
CONSULTAS EXTERNAS REALIZADAS	██████████	██████████	██████████

D. CAMAS, INGRESOS, ESTANCIAS Y CONSULTAS EXTERNAS SEGUN EL TIPO DE ASISTENCIA

TIPO DE ASISTENCIA	CAMAS E INCUBADORAS	ENFERMOS INGRESADOS	ESTANCIAS CAUSADAS	CONSULTAS EXTERNAS REALIZADAS
Medicina Interna y especialidades médicas . . . . .	357 ██████████	361 ██████████	366 ██████████	372 ██████████
Cirugía General y especialidades quirúrgicas . . . . .	378 ██████████	382 ██████████	387 ██████████	393 ██████████
Obstetricia . . . . .	399 ██████████	403 ██████████	408 ██████████	414 ██████████
Ginecología . . . . .	420 ██████████	424 ██████████	429 ██████████	435 ██████████
Psiquiatría . . . . .	441 ██████████	445 ██████████	450 ██████████	456 ██████████
Pediatría:				
Neonatología . . . . .	462 ██████████	466 ██████████	471 ██████████	477 ██████████
Medicina . . . . .	483 ██████████	487 ██████████	492 ██████████	498 ██████████
Cirugía . . . . .	504 ██████████	508 ██████████	513 ██████████	519 ██████████
Tuberculosis . . . . .	525 ██████████	529 ██████████	534 ██████████	540 ██████████
Rehabilitación . . . . .	546 ██████████	550 ██████████	555 ██████████	561 ██████████
Otras . . . . .	567 ██████████	571 ██████████	576 ██████████	582 ██████████
Cuidados intensivos . . . . .	588 ██████████	592 ██████████	597 ██████████	
TOTAL . . . . .				

(A cumplimentar por el Jefe Regional) 603

E. ALTAS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, NECROPSIAS Y PARTOS

1) Altas de enfermos (total) . . . . .	604 ██████████	2) Intervenciones quirúrgicas a enfermos ingresados . . . . .	634 ██████████
Por curación o mejoría . . . . .	610 ██████████	3) Necropsias a fallecidos en el hospital . . . . .	640 ██████████
Por traslado a otro hospital . . . . .	616 ██████████	4) Partos . . . . .	646 ██████████
Por fallecimiento . . . . .	622 ██████████		
Por otras causas . . . . .	628 ██████████		









CENTRO SANITARIO: ..... (Hospitalización) ..... Número .....

Facturación mes de ..... de 198.....

Nota a cargo del INSALUD, provincia de ....., por la hospitalización en este Centro de los pacientes que a continuación se detallan, acompañándose los correspondientes partes de ingreso, debidamente autorizados.

Número asegurado	Inspección	Apellidos y nombre	F e c h a s				Número de estancias	Costo - Pesetas
			Entrada		Salida			
			Día	Hora	Día	Hora		

Ejemplar para la Administración

CENTRO SANITARIO: ..... (Hospitalización) ..... Número .....

Facturación mes de ..... de 198.....

Nota a cargo del INSALUD, provincia de ....., por la hospitalización en este Centro de los pacientes que a continuación se detallan, acompañándose los correspondientes partes de ingreso, debidamente autorizados.

Número asegurado	Inspección	Apellidos y nombre	F e c h a s				Número de estancias	Costo - Pesetas	Diagnóstico
			Entrada		Salida				
			Día	Hora	Día	Hora			

Ejemplar para la Inspección

CENTRO SANITARIO: ..... (Tratamiento ambulatorio) ..... Número .....

Facturación mes de ..... de 198.....

Nota a cargo del INSALUD, provincia de ....., por consultas externas en régimen ambulatorio a pacientes que a continuación se detallan, acompañándose los correspondientes partes, debidamente autorizados.

Número del documento de asistencia	Inspección	Apellidos y nombre	Fechas consultas y pruebas Serv.	Número de visitas		Precio		Total importe
				Primera	Sucesivas	Primera	Sucesivas	

Ejemplar para la Administración

CENTRO SANITARIO: ..... (Tratamiento ambulatorio) ..... Número .....

Facturación mes de ..... de 198.....

Nota a cargo del INSALUD, provincia de ....., por consultas externas en régimen ambulatorio a pacientes que a continuación se detallan, acompañándose los correspondientes partes, debidamente autorizados.

Número del documento de asistencia	Inspección	Apellidos y nombre	Fechas consultas y pruebas Serv.	Número de visitas		Precio		Total importe	Diagnóstico
				Primera	Sucesivas	Primera	Sucesivas		

Ejemplar para la Inspección

