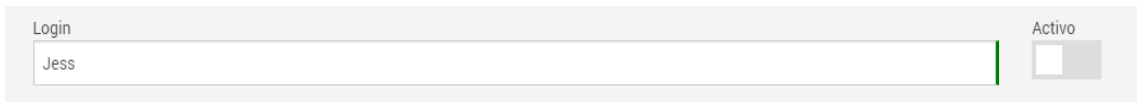


## INGRESO DE USUARIO



Login

Jess

Activo

Ingresa el nombre del login con el que desee registrarse el usuario, saber si está activo o funcional la casilla se pondrá de color azul de la misma manera si el usuario desea desactivarse la opción estará en gris.



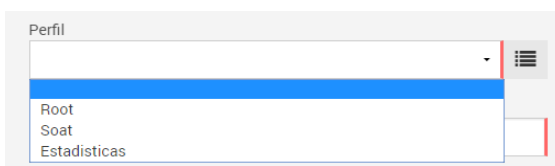
Nombre

Jessica

Apellido

Suarez

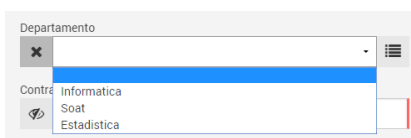
Ingresa el nombre y el apellido del usuario registrado caso contrario que no estén registrados las líneas de las cajas de textos de pondrán de color rojo.



Perfil

- Root
- Soat
- Estadísticas

Son las opciones que el usuario escoge para poder tener acceso a varias opciones del sistema, dependiendo del perfil.



Departamento

Contré

- Informática
- Soat
- Estadística

Nos permite escoger el departamento al que corresponde el usuario.



Email

vivian\_j@hotmail.com

Contraseña

\*\*\*\*\*

Ingresa en la primera caja de texto el correo electrónico del usuario y la contraseña para ingresar al sistema.

A form with a light gray background. At the top, there is a label 'Description' above a large white text input field. Below the input field, there is a gray rectangular box containing the text 'Modificado: 24-10-2016'.

Descripción de las opciones que eligió el usuario y la fecha de creación o de modificación del usuario.

## INGRESO DE PACIENTES

A form with a light blue background. On the left, there is a label 'Pasaporte' above a small gray square input field. To the right, there is a label 'Identificación' above a long white text input field. The text '# CI' is visible at the beginning of the input field. A red vertical line is at the end of the input field.

Ingresar el número de pasaporte o la cedula de identidad, si el dato es ingresado correctamente la línea que esta l final del texto se cambiara de color rojo a verde, si el dato es ingresado erróneamente el color de la línea será de color rojo.

A form with a light gray background. It contains four text input fields arranged in a 2x2 grid. The top-left field is labeled 'Primer nombre' and contains the text 'Primer nombre'. The top-right field is labeled 'Segundo nombre' and contains the text 'Segundo nombre'. The bottom-left field is labeled 'Apellido paterno' and contains the text 'eee'. The bottom-right field is labeled 'Apellido materno' and contains the text 'Apellido materno'. A red vertical line is at the end of the 'Primer nombre' field, and a green vertical line is at the end of the 'Apellido paterno' field.

En estas secciones del formulario de Paciente se ingresan en la parte superior los datos personales del mismo, siendo como datos obligatorios el primer nombre y el apellido paterno.

Direccion		
<input type="text" value="Direccion"/>		
Provincia	Cantón	Parroquia
<input type="text" value="Provincia"/>	<input type="text" value="Cantón"/>	<input type="text" value="Parroquia"/>
Zona	Barrio	Nro. teléfono
<input type="text" value="Zona"/>	<input type="text" value="Barrio"/>	<input type="text" value="Nro. teléfono"/>

En esta parte del sistema se ingresan los datos domiciliarios del paciente incluyendo número telefónico, escogiendo su dirección y ubicación del lugar de residencia siendo campos opcionales ya que no son obligatorios.

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad
<input type="text" value="dd/mm/aaaa"/>	<input type="text" value="Lugar de nacimiento"/>	<input type="text" value="Nacionalidad"/>
Grupo cultural	Edad	Genero
<input type="text" value="Grupo cultural"/>	<input type="text" value="Edad"/>	<input type="text" value="Genero"/>
Estado civil	Instrucción	Fecha de admisión
<input type="text" value="Estado civil"/>	<input type="text" value="Instrucción"/>	<input type="text" value="31/10/2016"/>

Esta sección del formulario son registrados datos adicionales del paciente sobre su información personal detallando fecha y lugar de nacimiento, nacionalidad, edad, estado civil, grupo cultural y género.

Ocupación	Empresa donde labora
<input type="text" value="Ocupación"/>	<input type="text" value="Empresa donde labora"/>
Tipo de seguro de salud	Referido de
<input type="text" value="Tipo de seguro de salud"/>	<input type="text" value="Referido de"/>

En esta sección se ubican datos que el paciente quiera conocer en estado de estar en uso de sus conocimientos ya que no son necesarios como el lugar donde labora y la ocupación de la cual está a cargo; si tiene algún tipo de seguro de salud o si ha sido referido de algún otro centro de salud.

En caso de emergencia avisar a		
<input type="text" value="En caso de emergencia avisar a"/>		
Parentezco	Dirección	Teléfono
<input type="text" value="Parentezco"/>	<input type="text" value="Dirección"/>	<input type="text" value="Teléfono"/>
Description		
<input type="text" value="Description"/>		

Esta información es extra del paciente ya que ninguna es obligatoria pero es referencial para conocer sobre el paciente ingresando, además se registra datos de algún familiar como referencia del paciente como contacto.

## INGRESO AL FORMULARIO 008

+ Formulario 008

Registro de admisión

Paciente

Seguro del paciente

Este formulario nos permite escoger el paciente para hacer el ingreso al formulario 008, si el paciente no ha sido previamente registrado desde este formulario también nos da el enlace para ingresarlo y seleccionarlo, seguidamente se escoge si el paciente tiene algún tipo de seguro y puede ser guardado.

## MEDICO ASIGNADO

Médico asignado

Medico asignado...

Medico general

**Lenoel Vargas**

Traumatologo

Carlos Suarez

Guardar

+

Al dar seguimiento al paciente, en esta parte del sistema se selecciona el médico que ha sido asignado para que el paciente pueda ser atendido, luego de esto guardamos la información para que quede registrado.

## USO DE AMBULANCIA

Numero de autorización

Ciudad

Km salida

Km entrada

Total Km (KM)

En el formulario de Uso de Ambulancia se tiene que registrar en esta sección el número de autorización y datos de la ambulancia ingresando el kilometraje de salida y el kilometraje de entrada para obtener el total del kilometraje recorrido por la ambulancia.

Punto de arranque

Pago adicional por km.

UVR

FCM

VI

ST

ST(KM\*VI)

Descripcion

TOTAL: USD \$0.00

Seleccionamos el punto de arranque según el tarifario y se mostrara de manera automática los valores relativos según el nivel del centro de salud, los factores de conversión

monetario y los demás cálculos se realizarán automáticamente y la descripción se trata del lugar que recorrida la ambulancia de que ciudad fue y a que ciudad regreso.

## USO DE OXIGENO

Fecha y hora de inicio			Fecha y hora de fin			Total tiempo: 45HH + 1Min = 2701Min (TM)
21/09/2016	06 HH ▾	08 min ▾	23/09/2016	03 HH ▾	09 min ▾	

Ingresamos la fecha, hora y minuto de inicio y fin del uso de oxígeno en la que el paciente comenzó hacer uso y se mostrara de manera automática el total de tiempo de uso.

Concepto	UVR	FCM	VI	Litros/minuto (LM)	STI (VI*LM)
241208 - CALCULO DE CONSUMO DE OXIGENO POR MINUTOS	1	0.01	0.01	10	0.1
Descripcion				TOTAL (ST*TM):	
CALCULO DE OXIGENO SEGÚN FE DE RATAS NUMERAL 9				USD \$270.10	

El cálculo total se realiza de forma automática y se igual manera se muestra la descripción y concepto por medio de lo que el tarifario refleja.

## FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIONES

Información del accidentado		
Condicion del accidentado	Peatón <input type="checkbox"/>	Ocupante <input checked="" type="checkbox"/>

La condición del accidentado es que si la persona que sufrió el accidente fue peatón es decir, persona que transita por la calzada de la calle o el ocupante que estaba en el vehículo en el que sufrió el accidente. Se selecciona la opción en la que se dé el caso.

Información del vehículo

Identificado

No identificado

En la información del vehículo nos pide seleccionar si fue identificado ingresar el número de placa o si no fue identificado solo quedara en la opción no identificado.

Atención medica del asegurado SOAT - En el servicio de salud

Fecha de ingreso

17/11/2016

Fecha de Egreso

dd/mm/aaaa

Historia Clínica No.

H-0802852673

Tipo de ingreso

Ambulatorio

Hospitalizacion

Dias de hospitalizacion

0

Diagnóstico de ingreso (Informe de ingreso)

Diagnóstico de ingreso

Diagnóstico de egreso (Informe de egreso)

Diagnóstico de egreso

En esta sección de atención médica en el servicio de salud del asegurado seleccionamos la fecha, hora y minuto de ingreso y fecha de ingreso del paciente, también se selecciona si el tipo de ingreso fue ambulatorio, observación o hospitalario ingresando los días de estadía en cualquiera de las áreas todos estos campos son de manera obligatoria ya que nos muestra la línea roja al final de cada caja de texto.

### Atención medica del asegurado SOAT - Referencia

Asegurado Referido de:

Nombre del Servicio de Salud	Ciudad	Fecha
Nombre del Servicio de Salud	Ciudad	dd/mm/aaaa

---

Asegurado Referido a:

Nombre del Servicio de Salud	Ciudad	Fecha
Nombre del Servicio de Salud	Ciudad	dd/mm/aaaa

La sección de referencia trata de que sí; el paciente fue trasladado o referido de un centro de salud de otra ciudad establecer la fecha y ciudad de donde fue trasladado o referido estos campos no son obligatorio ya que no todos los pacientes son referidos si no ingresados de manera directa a este servicio de salud.

### Fallecimiento del asegurado

Se registra la muerte del asegurado

☐

<p>Causas de la Muerte: Básica</p> <p>Causas de la Muerte: Básica</p>	<p>Causas de la Muerte: Directa</p> <p>Causas de la Muerte: Directa</p>
---	---

<p>Fecha y hora de la muerte</p> <p>dd/mm/aaaa</p>	<p>Medico</p> <p>Medico...</p>
--	--------------------------------

Médico que firmó el Certificado de Defunción

Medico...

El fallecimiento del asegurado: esta sesión se habilitara en caso de que se seleccione el registro de la muerte del asegurado y se detallara como fue la muerte con fecha o los médicos que dio el certificado, esta sección no es obligatoria ya que se da en caso de la muerte del paciente.



## PLANILLA DE GASTOS

	DETALLE	CANTIDAD	C/U	C/T
+	-- ITEMS DE TARIFARIO --			
✖	395452 - SALA PARA SUTURAS, SI HAY ESPACIO ESPECÍFICO	1	10.99	10.99
✖	381143 - HABITACIÓN MÚLTIPLE ( HASTA 4 CAMAS).INSTITUCIONES PRIMER NIVEL	10	27.47	274.70
✖	382110 - DESAYUNO. INSTITUCIONES DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	11	2.28	25.06
✖	382121 - ALMUERZO. INSTITUCIONES DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	11	4.56	50.12
✖	382132 - MERIENDA. INSTITUCIONES DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	11	4.56	50.12
+	-- ITEMS DE STOCK DE MEDICAMENTOS --			
✖	MED-00105 - DEXTROSA AL 5% SOL SALINA 0.9% 1000ML	24	1.11	26.64
✖	MED-00088 - CEFTRIAXONA AMPOLLA 1GR	18	1.21	21.78
✖	MED-00086 - CEFAZOLINA AMP 1G	6	0.83	5.00
✖	Seleccionar...	1		0.00
			TOTAL	464.39
			SPPAT	0
			SALDO	464.39

En el formulario de planilla de gastos se detallan cada uno de los medicamentos y tratamientos utilizados para la recuperación del paciente con la cantidad y el valor de cada uno y esto se disminuirá a la cantidad base del seguro.

## OBJECCIÓN

**OBJECCION**

Numero de objeción

Valor objetado

Factura

Descripcion

Objeción se da después que la planilla de gastos es enviada a la empresa auditora la cual es la encarda de ver si los procedimientos llevados a cabo para el paciente fueron los correctos caso contrario objetaran medicinas o procedimientos que ellos no crean

convenientes de tal manera que objetaran un valor de la factura. El valor objetado se detallara en este formulario con número de factura.