



Rx

SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO

SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
RECETA ÚNICA

001 732051

Fecha de Prescripción
Día /Mes /Año

Validez 10 días

ARS / ARL:

Datos paciente

Nombres _____

Apellidos _____

NSS _____

Edad _____ Sexo: MO FO No. Ficha Familiar _____

Sello ARS / ARL

Datos Establecimiento de Salud

Nombre del Establecimiento de Salud _____ Código _____

| Nombre Medicamentos | Posología, Duración del Tratamiento | Cantidad |
|---------------------|-------------------------------------|----------|
| 1- _____ | _____ | _____ |
| 2- _____ | _____ | _____ |
| 3- _____ | _____ | _____ |

Datos del Médico

Número de Colegiación _____

Código _____

No. CIDC _____

Nombre del Médico _____

Firma _____

Datos del Establecimiento Farmacéutico

Nombre _____ No. Habilitación _____

Nombre del farmacéutico _____

Exequatur _____ Fecha de Entrega _____

Firma del farmacéutico _____

No. Autorización _____ Firma del Paciente _____ Cédula _____

Original: ARS/ARL

Copia Azul: Paciente

Copia Rosada: Farmacia

Observaciones para el uso



| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| FECHA ___/___/___ | | REFERENCIA | | NSS | |
| ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE: | | | | | |
| NOMBRE DEL PACIENTE: | | | | EDAD: | |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE: (Solo en caso de que el paciente sea menor de edad) | | | PARENTESCO: | | |
| CÉDULA: - - - - - | SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | NACIONALIDAD Dominicana <input type="checkbox"/> Haitiana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> | | TIPO DE ARS SeNaSa Cont. <input type="checkbox"/> SeNeSa Subs. <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> | |
| BREVE HISTORIA POR LA QUE SE REFIERE AL PACIENTE Y DIAGNÓSTICO PROBABLE | | | | | |
| | | | | | |
| SIGNOS VITALES | | | | | |
| TA | FC | | FR | TEMPERATURA | |
| MEDICACIÓN INICIAL | | | | | |
| | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO AL CUAL REFIERE | | | | | |
| NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE | | | | SELLO DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE | |
| | | | | | |
| FECHA ___/___/___ | | CONTRAREFERENCIA | | | |
| HISTORIA DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: | | | | | |
| | | | | | |
| ESTUDIOS Y/O IMÁGENES REALIZADOS: | | | | | |
| | | | | | |
| MEDICACIÓN ÍNDICADA: | | | | | |
| | | | | | |
| PLAN A SEGUIR: | | | | | |
| | | | | | |
| NOMBRE DEL MÉDICO QUE CONTRAREFIERE: | | | SELLO DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE: | | |
| | | | | | |



GUIA PARA EL LLENADO EL FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

Políticas del llenado del Formulario de referencia y Contrarreferencia.

- Esta guía es de obligatorio cumplimiento a toda la red pública de salud
- Cada variable debe de llenarse y si no aplicara deberá colocar N/A
- Este formulario de referencia y Contrarreferencia debe ser llenado por el médico que dio asistencia al usuario.

REFERENCIA

- **Fecha:** Debe ponerse la fecha en que se está realizando la consulta y que deriva el paciente o referencia
- **NSS:** Número de Seguridad Social del paciente
- **Centro que refiere:** es el centro de salud que está realizando la referencia del paciente
- **Nombre del Paciente:** Debe de ponerse el nombre real del paciente tal cual este en la cédula y/o seguro médico.
- **Edad:** colocar los años cumplidos del paciente
- **Nombre del responsable:** En caso del que el paciente sea un menor deberá de poner el nombre de la persona responsable o que esté acompañando al usuario.
- **Parentesco:** colocar la relación del usuario y la persona responsable
- **Cedula:** se colocará el número de cedula del paciente y si es un menor de la persona responsable
- **Sexo:** deberá colocar el sexo del usuario
- **Nacionalidad:** deberá colocar si el paciente es dominicano, haitiano o si es de otro país, deberá colocar otra.
- **Tipo ARS:** deberá colocar a qué tipo de ARS pertenece si es SeNaSa contributivo o subsidiado, de pertenecer a otra ARS se colocará otra.
- **Breve Historia por la que refiere al paciente y Diagnostico Probable:** se realizara una breve historia de la enfermedad, incluyendo el diagnostico probable de la enfermedad.
- **Signos Vitales:** agregara los signos vitales del paciente los cuales incluyen: Tensión Arterial (TA), Frecuencia Cardiaca (FC), Frecuencia Respiratoria (FR), la Temperatura (TEM) y Saturación de Oxímetro (si cuenta con oxímetro).
- **Medicación Inicial:** deberá colocar de ser el caso, la medicación que fue administrada o indicada inicialmente denotando nombre, dosis del medicamento y vía de administración.
- **Centro al Cual se Refiere:** deberá colocar el nombre del centro de salud que está realizando la referencia.
- **Nombre del Médico que Refiere:** se colocara el nombre del médico que realizo la referencia de manera clara y legible
- **Sello del Centro que refiere:** se le colocara el sello del centro hospitalario que está refiriendo al usuario.



CONTRARREFERENCIA

- **Fecha:** Se colocará la fecha en la que el médico realiza la contra referencia al usuario
- **Historia de Atención y Diagnóstico Definitivo:** se realizará una breve historia de atención al usuario incluyendo el diagnóstico definitivo de la enfermedad
- **Estudios y/o Imágenes Realizados:** deberá colocarse los apoyos diagnósticos realizados al usuario y de ser necesario incluirá el resultado del que refiera mayor importancia.
- **Medicación Indicada:** se colocará la medicación indicada por el médico especialista para conocimiento y seguimiento, esto incluirá el nombre del fármaco, la dosis indicada y la vía de administración, así como la duración del tratamiento.
- **Plan a seguir:** Se colocará la fecha y hora de cita subsecuente de ser necesario, y/o cualquier orientación importante para completa recuperación del paciente.
- **Nombre del Médico que Contra refiere:** se colocara el nombre del médico que realizo la contra referencia de manera clara y legible.
- **Sello del Centro que Contra refiere:** se le colocara el sello del centro hospitalario que está contra refiriendo al usuario.

Informe mensual de existencias, movimientos y pedidos de medicamentos e insumos

Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos-SUGEMI-

Seleccione el establecimiento

SUGEMI 1 _ CPN

CPN: _____

SERVICIO REGIONAL DE SALUD: _____

AREA DE SALUD: _____

MES / AÑO: _____

| CODIGO | | PRODUCTO DESCRIPCION (Nombre - Forma farmacéutica - Concentración) | SALIDA DE MEDICAMENTOS EN EL MES | | | | | EXISTENCIA ACTUAL (Físico) | PEDIDO K+Gx2-J | AUTORIZADO L |
|-------------|---------|---|----------------------------------|----------------------------|-----------------|-------------------|---------------|-------------------------------|-------------------|-----------------|
| SUGEMI | ALMACEN | | CONSUMOS | | | DEVOLUCIONES H | VENCIDOS I | | | |
| A | B | | PROGRAMAS D | NO AFILIADOS E | AFILIADOS F | | | | | |
| 1250021002 | | ACTIVSISTEMA | | | | | | | | |
| 10600403001 | 10301 | ACICLOVIR | 100mg/ml | INYECTABLE | AMPOLLA x 3ML | | | | | |
| 10600403004 | 1252 | ACICLOVIR | 0.03 | POMADA TOPICA | TUBO x 5g | | | | | |
| 11200501001 | 1042 | ACIDO ACETILSALICILICO | 400 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 12700001003 | 9329 | ACIDO ASCORBICO (VT. C) | 81 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 11000101001 | 1346 | ACIDO FOLICO | 500mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 11000101003 | 1345 | ACIDO FOLICO | 5 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 10500001001 | 10228 | ACIDO VALPROICO (VALPROATO SODICO) | 5 mg/ml | JARABE | FRASCO x 120 ml | | | | | |
| 10500001002 | 9501 | ACIDO VALPROICO (VALPROATO SODICO) | 200 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 12600302002 | 9188 | AGUA DESTILADA | 500 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 12600303001 | 1891 | AGUA PARA INYECTABLE | | SOLUCION | GALON | | | | | |
| 12600303003 | 1893 | AGUA PARA INYECTABLE | | INYECTABLE | AMPOLLA x 10 ml | | | | | |
| 10600101001 | 1215 | ALBENDAZOL (DOSIS UNICA) | | INYECTABLE | AMPOLLA x 5 ml | | | | | |
| 10600101002 | 1216 | ALBENDAZOL (DOSIS UNICA) | 400 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 11500102001 | 10284 | ALCOHOL ETILICO | 400 mg/10 ml | SUSPENSION ORAL | FRASCO x 10 ml | | | | | |
| 11500102002 | 9134 | ALCOHOL ETILICO | 0.7 | SOLUCION | GALON | | | | | |
| 11500107002 | 1526 | ALCOHOL ISOPROPILICO | 0.95 | SOLUCION | GALON | | | | | |
| 12700002001 | 9344 | ALENDRONATO SODICO | 0.7 | FRASCO x 1 L | UNIDAD | | | | | |
| 10200301002 | 9718 | ALOPURINOL | 70 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 12400301001 | 10373 | ALPRAZOLAM | 300 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 12400301002 | 9035 | ALPRAZOLAM | 0.25 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 10600201001 | 1120 | AMIKACINA | 0.5 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 12500101001 | 1816 | AMINOFILINA | 500 mg | POLVO PARA INYECCION | VIAL | | | | | |
| 11200201001 | 9376 | AMIODARONA | 25 mg/ml | INYECTABLE | AMPOLLA x 10 ml | | | | | |
| 12400201001 | 1772 | AMITRIPTILINA | 200 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 11200301001 | 1404 | AMLODIPINA | 25 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 11200301002 | 1405 | AMLODIPINA | 10 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 10600202002 | 3288 | AMOXICILINA | 5 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 10600202003 | 2816 | AMOXICILINA | 250 mg/5ml | POLVO PARA SUSPENSION ORAL | FRASCO x 120 ml | | | | | |
| 10600203001 | 3290 | AMOXICILINA + AC. CLAVULANICO | 500 mg | CAPSULA ORAL | BLISTER | | | | | |
| 10600203003 | 3289 | AMOXICILINA + AC. CLAVULANICO | 250 mg + 62.5 mg/5 ml | POLVO PARA SUSPENSION ORAL | FRASCO x 60 ml | | | | | |
| 11200202001 | 1378 | ATENOLOL | 500 mg + 125 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 11200202003 | 9484 | ATENOLOL | 100 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 11200202005 | 1381 | ATENOLOL + CLORTALUDONA | 50 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 11200202001 | | ATENOLOL + CLORTALUDONA | 50mg + 12.5mg | TABLETA | BLISTER | | | | | |
| 10100301001 | 1030 | ATROPINA SULFATO | 100mg+25mg | TABLETA | BLISTER | | | | | |
| 10600205001 | 9482 | AZITROMICINA | 1 mg/ ml | INYECTABLE | AMPOLLA x 1 ml | | | | | |
| 10600205002 | 9483 | AZITROMICINA ANHIDRA | 200 mg/5ml | POLVO PARA SUSPENSION ORAL | FRASCO x 30 ml | | | | | |
| 11300302002 | 9174 | BETAMETASONA VALERATO | 500 mg | CAPSULA ORAL | BLISTER | | | | | |
| 11200101001 | 10251 | BISOPROLOL | 0.001 | CREMA TOPICA | TUBO x 15 g | | | | | |
| 11200101002 | 10252 | BISOPROLOL | 2.5 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 12500103004 | 9327 | BROMURO DE IPRATROPIO | 5 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 11700901002 | 1606 | BROMURO N-BUTILHIOSICINA | 20 mcg | AEROSOL | FRASCO | | | | | |
| 11300303002 | 10417 | CALAMINA | 10 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 12700003001 | 1897 | CALCIO CARBONATO + ERGOCALCIFEROL (VT D) | 0.15 | FRASCO x 120 ml | UNIDAD | | | | | |
| 11200303001 | 9356 | CAPTROPILLO | 600 + 400 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 11200303002 | 1433 | CAPTROPILLO | 25 mg | COMPRIMIDO ORAL SUBLINGUAL | BLISTER | | | | | |
| 10500002001 | 10253 | CARBAMACEPINA | 50 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 10500002002 | 1105 | CARBAMACEPINA | 100 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 10400101001 | 9722 | CARBON ACTIVADO | 200 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 12400202001 | 9275 | CARBONATO DE LITIO | | POLVO | FRASCO x 50 g | | | | | |
| 11200102001 | 9032 | CARVEDILOL | 300 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 11200102002 | 9033 | CARVEDILOL | 12.5 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 11200102003 | 9031 | CARVEDILOL | 25 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 10600207002 | 1137 | CEFALEXINA ANHIDRA | 6.25 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 10600207003 | 1136 | CEFALEXINA MONOHDRATO | 250 mg/5ml | POLVO PARA SUSPENSION ORAL | FRASCO x 120 ml | | | | | |
| 10600212001 | 1147 | CEFTRIAJONA COMO SAL SODICA | 500 mg | CAPSULA ORAL | BLISTER | | | | | |
| 10300101001 | 9529 | CETRIZINA | 1 g | POLVO PARA INYECCION | VIAL | | | | | |
| 12400104011 | | CITALOPRAM | 10 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | |
| 10300101002 | 10254 | CETRIZINA | 20mg | TABLETA ORAL | BLISTER | | | | | |
| | | | 5 mg/5ml | JARABE | FRASCO x 60 ml | | | | | |

| PRODUCTO | | | SALIDA DE MEDICAMENTOS EN EL MES | | | | | | | | EXISTENCIA ACTUAL (Físico) | PEDIDO K+G+2-J | AUTORIZADO L |
|-------------|-----------|---|----------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------|---|----------------|------------|---------|----------------------------|----------------|--------------|
| CODIGO | | DESCRIPCION (Nombre - Forma farmacéutica - Concentración) | CONSUMOS | | | | | DEVOLUCIONES H | VENCIDOS I | | | | |
| SUGEMI A | ALMACEN B | | PROGRAMAS D | NO AFLIADOS E | AFLIADOS F | TOTAL CONSUMO G | | | | | | | |
| C | C | C | D | E | F | G | H | I | J | K+G+2-J | L | | |
| 11700601001 | 9338 | LACTULOSA | 3.33 g/5 ml | SOLUCION ORAL | FRASCO x 240 ml | | | | | | | | |
| Ni-1339 | 1339 | LEVODOPA-BENSERAZIDA | 200 mg + 50 mg | TABLETA | BLISTER | | | | | | | | |
| 1090002004 | 10229 | LEVODOPA-CARBIDOPA | 250 mg + 25 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 10600229002 | 9732 | LEVOFLOXACINA | 500 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11801102002 | 9231 | LEVOTIROXINA SAL SODICA | 100 mcg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11801102004 | 10246 | LEVOTIROXINA SAL SODICA | 50 mcg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 10100204005 | 3030 | LIDOCAINA CLORHIDRATO | 2% S/E | INYECTABLE | VIAL x 50 ml | | | | | | | | |
| 11200304005 | 1437 | LISINAPRIL | 10 mg | TABLETA | BLISTER | | | | | | | | |
| 11200304006 | 1438 | LISINAPRIL | 20 mg | TABLETA | BLISTER | | | | | | | | |
| 10300103002 | 1084 | LORATADINA | 1 mg/ml | JARABE | FRASCO x 90 ml | | | | | | | | |
| 10300103001 | 1081 | LORATADINA | 10 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 12400303001 | 9817 | LORAZEPAM | 1 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 12400303003 | 9816 | LORAZEPAM | 2 mg/ml | INYECTABLE | AMPOLLA x 1 ml | | | | | | | | |
| 11200306001 | 9392 | LOSARTAN | 50 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11200306002 | 9772 | LOSARTAN | 100 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 01150000002 | 9393 | LUBRICANTE GEL | | | TUBO x 60g | | | | | | | | |
| 10600104001 | 1217 | MEBENDAZOL | 100 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 10600104002 | 1218 | MEBENDAZOL | 100 mg/5ml | SUSPENSION ORAL | FRASCO x 30 ml | | | | | | | | |
| 12700007001 | 9076 | MEOBALAMINA | 500 mcg | CAPSULA ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11800803001 | 10276 | METFORMINA | 500 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11800803002 | 1661 | METFORMINA | 850 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11200307001 | 10238 | METILDOPA | 250 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11200307002 | 1414 | METILDOPA | 500 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11700201001 | 9414 | METOCLOPRAMIDA | 5 mg/5ml | LIQUIDO ORAL | FRASCO x 120 ml | | | | | | | | |
| 11700201002 | 1602 | METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO | 10 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11200107001 | 9070 | METOPROLOL | 100 mg | BLISTER | UNIDAD | | | | | | | | |
| 10600210003 | 1235 | METRONIDAZOL | 500 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 10600210004 | 9742 | METRONIDAZOL | 500 mg | OVULOS | BLISTER | | | | | | | | |
| 10600504003 | 10273 | METRONIDAZOL + DIYODOHIDROXIQUNOLEINA | 400 mg + 200 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 10600504004 | 10274 | METRONIDAZOL + DIYODOHIDROXIQUNOLEINA | 400 mg+200 mg /5ml | SUSPENSION ORAL | FRASCO x 120 ml | | | | | | | | |
| 12700010001 | | MULTIVITAMINAS ADULTOS | | TABLETA | BLISTER | | | | | | | | |
| 12700011001 | | MULTIVITAMINAS PEDIATRICAS MAS FLUOR | | LIQUIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 12200201002 | 1418 | NIFEDIPINA | 20 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 12200201001 | 1417 | NIFEDIPINA | 10 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 10600306002 | 9744 | NISTATINA | 100000 UI | OVULOS | BLISTER | | | | | | | | |
| 10600306004 | 9168 | NISTATINA | 100000 UI/ml | SUSPENSION ORAL | FRASCO x 30 ml | | | | | | | | |
| 11300207002 | 1538 | NITROFURAZONA | 0.2% | CREMA TOPICA | TARRO x 1 lb | | | | | | | | |
| 11300207001 | 3283 | NITROFURAZONA | 0.2% | CREMA TOPICA | TUBO x 30 g | | | | | | | | |
| 12400105002 | 10384 | OLANZAPINA | 20 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 12400105001 | 9545 | OLANZAPINA | 10 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 12400105003 | 9813 | OLANZAPINA | 5 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11700101001 | 1589 | OMEPRAZOL | 20 mg | CAPSULA ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11300305001 | 1515 | OXIDO DE ZINC | | LOCION | FRASCO | | | | | | | | |
| 10200107001 | 10064 | PARACETAMOL | 100 mg | SUPOSITORIO | BLISTER | | | | | | | | |
| 10200107002 | 1037 | PARACETAMOL | 100 mg/ml | SOLUCION ORAL EN GOTAS | FRASCO x 15 ml | | | | | | | | |
| 10200107003 | 10227 | PARACETAMOL | 125 mg/5ml | JARABE | FRASCO x 120 ml | | | | | | | | |
| 10200107005 | 1034 | PARACETAMOL | 500 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 10600234001 | 1194 | PENICILINA G BENZATINICA (BENCIL PENICILINA) | 1,200,000 UI | POLVO PARA INYECCION | VIAL | | | | | | | | |
| 10600234002 | 1195 | PENICILINA G BENZATINICA (BENCIL PENICILINA) | 2,400,000 UI | POLVO PARA INYECCION | VIAL | | | | | | | | |
| 10600234003 | 1196 | PENICILINA G BENZATINICA (BENCIL PENICILINA) | 600,000 UI | POLVO PARA INYECCION | VIAL | | | | | | | | |
| 10600236003 | 1201 | PENICILINA G PROCAINICA(BENCILPENICILINA PROCAINICA) | 4,000,000 UI | POLVO PARA INYECCION | VIAL | | | | | | | | |
| 10600236004 | 1202 | PENICILINA G PROCAINICA(BENCILPENICILINA PROCAINICA) | 400,000 UI | POLVO PARA INYECCION | VIAL | | | | | | | | |
| 11300502001 | 9177 | PERMETRINA | 0.01 | LOCION | FRASCO | | | | | | | | |
| 11300502002 | 9397 | PERMETRINA | 0.01 | SHAMPOO | FRASCO | | | | | | | | |
| 11300502003 | 9154 | PERMETRINA | 0.05 | CREMA TOPICA | TUBO 30g | | | | | | | | |
| 12700014001 | 10259 | PIRIDOXINA (Vh. B6) CLORHIDRATO | 25 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11800104001 | 10272 | PREDNISONA | 20 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11800104003 | 9400 | PREDNISONA | 50 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 10500005002 | 10294 | PREGABALINA | 75 mg | CAPLETA RANURABLE | BLISTER | | | | | | | | |
| 10500005001 | 10295 | PREGABALINA | 300 mg | CAPSULA ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 10700203002 | 9083 | PROPRANOLOL CLORHIDRATO | 40 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 12400106001 | 10410 | QUETIAPINA | 100 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 12400106003 | 10416 | QUETIAPINA | 25 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11200309001 | 10296 | RAMIPRIL | 5 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11700102001 | 1592 | RANITIDINA | 150 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11700102003 | 1591 | RANITIDINA CLORHIDRATO | 25 mg/ml | INYECTABLE | AMPOLLA x 2 ml | | | | | | | | |
| 12700015002 | 1915 | RETINOL (Vh. A) | 50000 UI | PERLAS ORALES | FRASCO | | | | | | | | |
| 12400107001 | 9814 | RISPERIDONA | 1 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 12400107002 | 1793 | RISPERIDONA | 2 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 12500104003 | 1830 | SALBUTAMOL SULFATO | 2 mg/ 5 ml | LIQUIDO ORAL | FRASCO x 120 ml | | | | | | | | |
| 12500104004 | 1829 | SALBUTAMOL SULFATO | 4 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 12500104005 | 1831 | SALBUTAMOL SULFATO | 5 mg/ml | SOLUCION PARA INHALACION | FRASCO x 10 ml | | | | | | | | |
| 12600101001 | 1885 | SALES DE REHIDRATACION ORAL CON CITRATO | 27.9 g/L | POLVO ORAL | SOBRE | | | | | | | | |
| 12400104007 | 9548 | SERTRALINA | 50mg | TABLETA | BLISTER | | | | | | | | |
| 11200602001 | 1375 | SIMVASTATINA | 20 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| 11200602002 | 10242 | SIMVASTATINA | 40 mg | COMPRIMIDO ORAL | BLISTER | | | | | | | | |
| Ni-3310 | 3310 | SUCRALFATO GRANULADO | 1 g | | SOBRE | | | | | | | | |

| CODIGO | ALMACEN | PRODUCTO | SALIDA DE MEDICAMENTOS EN EL MES | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---------|---|----------------------------------|---|---|-----------------------|-------------------|----------------|----------------------------------|-------------------|-----------------|--|--|--|--|
| | | | CONSUMOS | | | TOTAL CONSUMO G | DEVOLUCIONES H | VELOCIDOS I | EXISTENCIA ACTUAL (Piso) J | PEDIDO K-G+J-I | AUTORIZADO L | | | | |
| A | B | C | D | E | F | | | | | | | | | | |
| 1060024901 | | RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA + ETAMBUTOL | 150 mg + 75 mg + 400 mg + 275 mg | | | | | | | | | | | | |
| 1060022004 | | STREPTOMICINA | 1 g | | | | | | | | | | | | |
| 01120201001 | 10939 | ACETATO DE AEBRONIPROGESTERONA (INYECTABLES) | 150 mg/ml | | | | | | | | | | | | |
| 0219010003 | | GONON FEMENINO | | | | | | | | | | | | | |
| 0219010002 | | GONON MASCULINO | | | | | | | | | | | | | |
| 0219010001 | | DISPOSITIVOS INTRAUTERINO CON COBRE (DIU) | | | | | | | | | | | | | |
| 01170201007 | 10992 | ETINILESTADROL + LEVONORGESTREL - PILDORAS (Cda) | 0.03 + 0.15 mg | | | | | | | | | | | | |
| 0118030008 | | ETINILESTADROL + LEVONORGESTREL - PILDORAS (Cda) | 68 mg | | | | | | | | | | | | |
| 0118030009 | | LEVONORGESTREL | 0.75 mg | | | | | | | | | | | | |
| 01170201005 | | LEVONORGESTREL - MINI PILDORAS (Cda) | 30 mg | | | | | | | | | | | | |

Responsable del reporte

Firma: _____

Nombre: _____

Supervisor

Firma: _____

Nombre: _____



UNIDAD TÉCNICA REGIONAL TB-MDR SRSM

C/Ana Valverde No. 2 esq. Juana Saltopa, Mejoramiento Social
Santo Domingo, D.N. • Tel: 809.687.8602

R



SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO

FORMULARIO DE SOLICITUD Y LECTURA CITOLÓGICA 112601

NOMBRE DEL CENTRO/CODIGO: _____

PROVINCIA: _____ REGION: _____ FECHA DE TOMA DE MUESTRA: _____

DATOS GENERALES DE LA USUARIA:

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____ APODO: _____

EDAD: _____ No. DE CEDULA: _____ No tiene

TIENE SEGURO DE SALUD: NO SI/NOMBRE: _____ NO. AFILIACION: _____

DIRECCIÓN: _____

REFERENCIA PARA UBICAR RESIDENCIA: _____

TELEFONO DE CONTACTO 1: _____ TELEFONO DE CONTACTO 2: _____

PERSONA DE CONTACTO ALTERNATIVO: NOMBRE: _____ TELEFONO: _____

DATOS CLINICOS

Fecha de último PAP: Nunca Menos de un año Entre 1-3 años Más de 3 años

Antecedentes de PAP positivo: SI NO

F.U.M.: _____

Embarazada: SI NO

Menopáusica: SI NO

Utiliza ACO: SI NO

DIU: SI NO

Radioterapia: SI NO

Histerectomizada: SI NO

Lugar de toma de PAP: Cérvix Cúpula vaginal

Aspecto macroscópico del cérvix: Normal Sospechoso de patología

OBSERVACIONES: _____

Médico/a

Este formulario de registro es para uso exclusivo del personal a cargo de la toma de muestra citológica y del laboratorio de citología.

LECTURA E INTERPRETACIÓN CITOLÓGICA

LABORATORIO QUE PROCESA MUESTRA: _____

FECHA DE PROCESAMIENTO: _____ NUMERO DE CITOLOGÍA: _____

CALIDAD DE LA MUESTRA: Satisfactoria Insatisfactoria

Causa de muestra insatisfactoria:

- Escasa celularidad
- Diátesis hemorrágica
- Diátesis inflamatoria
- Extendido grueso
- Mala tinción
- Cambios atróficos
- Lisis de la muestra
- Ausencia de células endocervicales

PATÓGENOS ENCONTRADOS:

- Ninguno
- Candida albicans
- Herpes
- Flora vaginal normal
- Leptoprix
- Clamidia
- G. vaginalis
- Tricomonas

INTERPRETACIÓN CITOLÓGICA

CAMBIOS REACTIVOS

- Cambios reactivos por inflamación leve
- Cambios reactivos por inflamación moderada
- Cambios reactivos por inflamación severa
- Efectos por radioterapia
- Metaplasia escamosa
- Atrofia

ANORMALIDADES DE CELULAS ESCAMOSAS

- Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ACS-US)
- Células escamosas atípicas, a descartar lesión de alto grado (ASC-H)
- Lesión intraepitelial cervical de bajo grado (Displasia leve, VPH, NIC I)
- Lesión intraepitelial cervical de alto grado (Displasia moderada o severa, NIC II-III)
- Carcinoma escamocelular

ANORMALIDADES DE CELULAS GLANDULARES

- Células glandulares atípicas
- Células endocervicales atípicas
- Células endometriales atípicas
- Células endometriales en mujer mayor de 45 años
- Adenocarcinoma endocervical in situ
- Adenocarcinoma

EVALUACIÓN GENERAL DEL FROTIS

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad
- Sin diagnóstico citológico
- Anormalidad de células epiteliales

COMENTARIOS

- Repetir muestra
- Tratar y repetir muestra
- Madurar epitelio y repetir
- Se sugiere evaluación clínica.
- Dentro de límites normales
- Sin diagnóstico citológico.

PATÓLOGO / CITÓLOGO

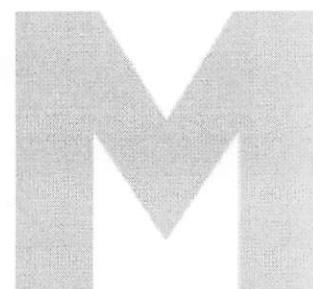


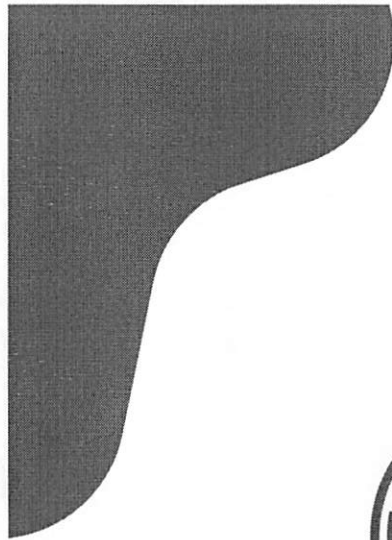
SERVICIO REGIONAL DE SALUD
METROPOLITANO

Dr. Delgado 304, Gazcue. Sto. Dgo. D.N., R.D.
Tel. 809-221-2332 Info@srsmetropolitano.gob.do
RNC. 430039446



www.srsmetropolitano.gob.do





SERVICIO REGIONAL DE SALUD
METROPOLITANO



METROPOLITANO

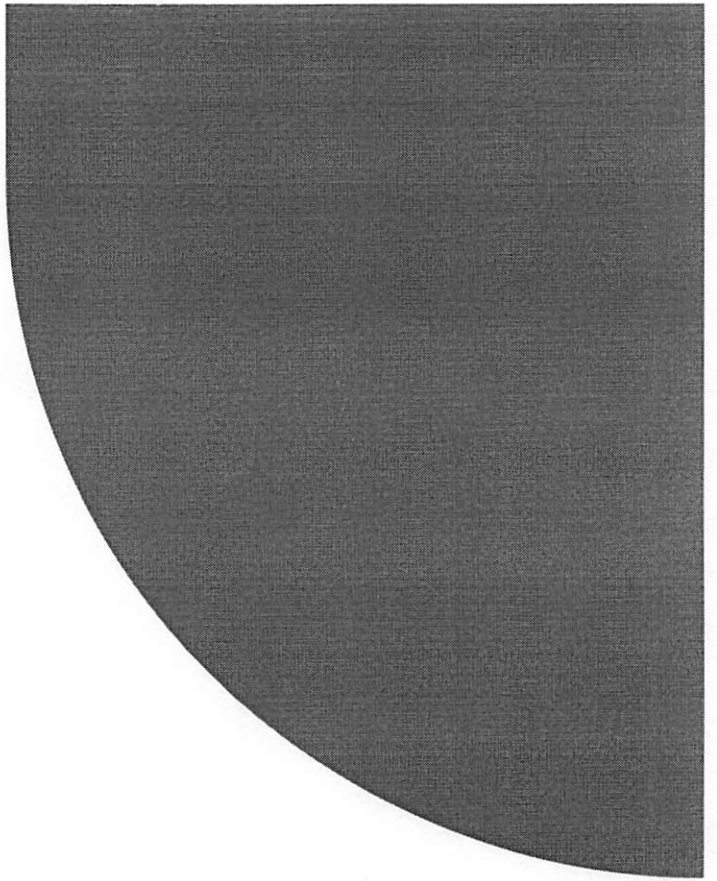
Dr. Delgado 304, Gazcue.
Sto. Dgo. D.N., R.D. Tel. 809-221-2332
Mail: Info@srsmetropolitano.gob.do
RNC. 430039446

 @srsmsaludrd

 srsmetropolitano.gob.do



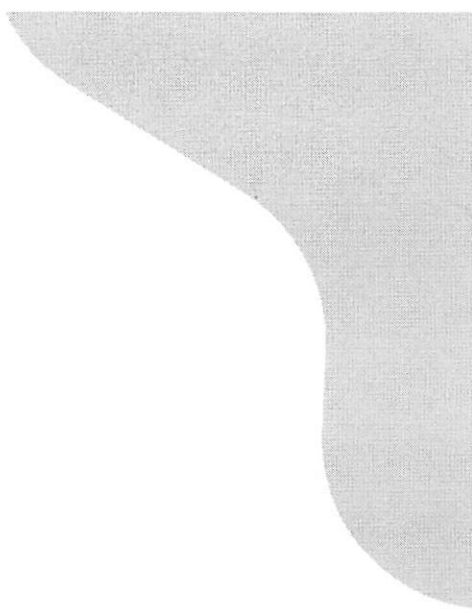
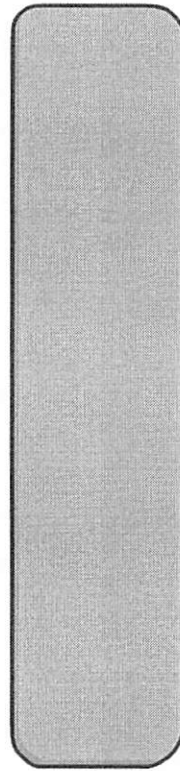
Handwritten text in the top left corner, possibly a page number or title.

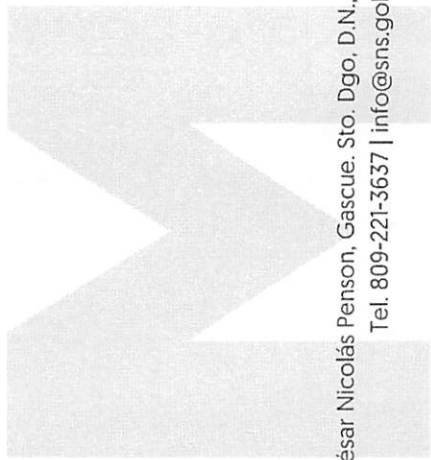
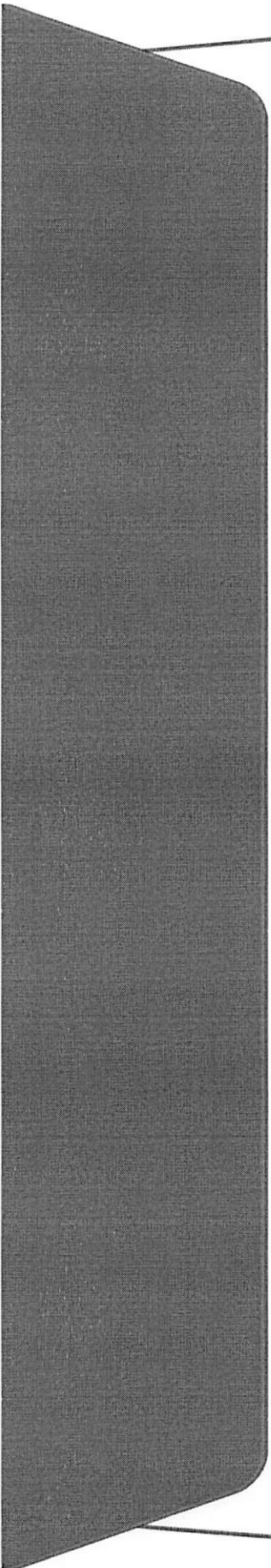




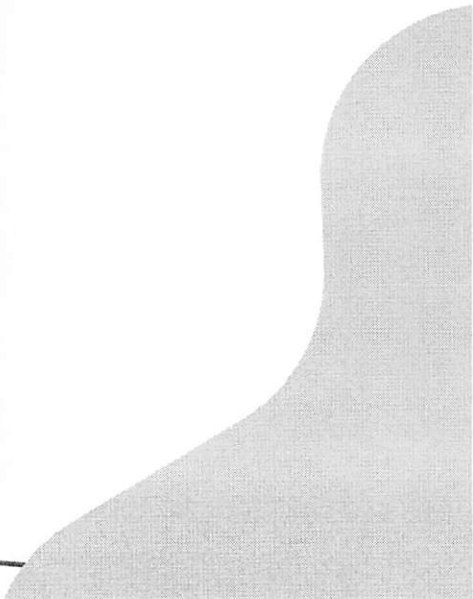
SERVICIO REGIONAL DE SALUD

METROPOLITANO





Av. Leopoldo Navarro Esq. César Nicolás Penson, Gascue. Sto. Dgo. D.N., R.D.
Tel. 809-221-3637 | info@sns.gob.do





República Dominicana
Servicio Regional de Salud Metropolitano

SOLICITUD DE DESEMBOLSO Y RECIBO PROVISIONAL DE CAJA CHICA

SUPERVISIÓN RED DE SALUD DNE

SOLICITUD

SOLICITO LA SUMA DE: _____ RD\$ _____
PARA LA COMPRA DE _____

CONTRA LA CUENTA No. _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE

DEPARTAMENTO

CEDULA DE IDENTIDAD

FIRMA

APROBACION

CERTIFICO HABER PASADO JUICIO SOBRE ESTA SOLICITUD Y HABERLA ENCONTRADO EN ORDEN
PARA LO CUAL APRUEBO LA CANTIDAD DE: _____
RD\$ _____

DIRECTOR O ADMINISTRADOR

FECHA

RECIBO

HE RECIBIDO DEL ENCARGADO DEL FONDO DE CAJA CHICA LA CANTIDAD DE: _____

RD\$ _____ DE ACUERDO A LO SOLICITADO

FIRMA

FECHA

LIQUIDACION

MONTO DEL ADELANTO
MENOS TOTAL GASTADO
BALANCE A REPONER

RD\$ _____

REFERENCIA: RECIBO O FACTURA No. _____ DE _____
FECHA

FIRMA DEL ENCARGADO

FIRMA DEL SOLICITANTE





República Dominicana
Servicio Regional de Salud Metropolitano

PRENUMERADO
DE IMPRENTA

RECIBO DE DESEMBOLSO DE CAJA CHICA
SUPERVISIÓN RED DE SALUD DNE

YO: _____
(NOMBRE)

RECIBI LA SUMA DE: _____ RD\$ _____

POR CONCEPTO DE: _____

FIRMA DEL RECEPTOR

FECHA

CEDULA DE IDENTIDAD

CERTIFICO CORRECTO:

NOMBRE DEL ENCARGADO DEL FONDO

FECHA

AUTORIZADO POR:

FIRMA DEL ADMINISTRADOR

FIRMA DEL DIRECTOR

FECHA

FECHA





República Dominicana
Servicio Regional de Salud Metropolitano

SOLICITUD DE DESEMBOLSO Y RECIBO PROVISIONAL DE CAJA CHICA

SUPERVISIÓN RED DE SALUD DNO

SOLICITUD

SOLICITO LA SUMA DE: _____ RD\$ _____
PARA LA COMPRA DE _____

CONTRA LA CUENTA No. _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE

DEPARTAMENTO

CEDULA DE IDENTIDAD

FIRMA

APROBACION

CERTIFICO HABER PASADO JUICIO SOBRE ESTA SOLICITUD Y HABERLA ENCONTRADO EN ORDEN
PARA LO CUAL APRUEBO LA CANTIDAD DE: _____
RD\$ _____

DIRECTOR O ADMINISTRADOR

FECHA

RECIBO

HE RECIBIDO DEL ENCARGADO DEL FONDO DE CAJA CHICA LA CANTIDAD DE: _____

RD\$ _____ DE ACUERDO A LO SOLICITADO

FIRMA

FECHA

LIQUIDACION

MONTO DEL ADELANTO
MENOS TOTAL GASTADO
BALANCE A REPONER

RD\$ _____

REFERENCIA: RECIBO O FACTURA No. _____ DE _____
FECHA

FIRMA DEL ENCARGADO

FIRMA DEL SOLICITANTE





República Dominicana
Servicio Regional de Salud Metropolitano

PRENUMERADO
DE IMPRENTA

RECIBO DE DESEMBOLSO DE CAJA CHICA
SUPERVISIÓN RED DE SALUD DNO

YO: _____
(NOMBRE)

RECIBI LA SUMA DE: _____ RD\$ _____

POR CONCEPTO DE: _____

FIRMA DEL RECEPTOR

FECHA

CEDULA DE IDENTIDAD

CERTIFICO CORRECTO:

NOMBRE DEL ENCARGADO DEL FONDO

FECHA

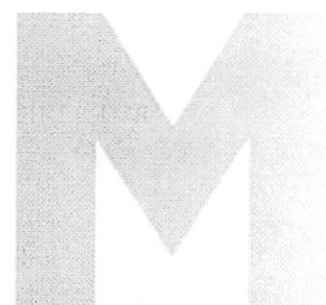
AUTORIZADO POR:

FIRMA DEL ADMINISTRADOR

FIRMA DEL DIRECTOR

FECHA

FECHA





República Dominicana
Servicio Regional de Salud Metropolitano

SOLICITUD DE DESEMBOLSO Y RECIBO PROVISIONAL DE CAJA CHICA

SUPERVISIÓN RED DE SALUD MP

SOLICITUD

SOLICITO LA SUMA DE: _____ RD\$ _____
PARA LA COMPRA DE _____
CONTRA LA CUENTA No. _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE

DEPARTAMENTO

CEDULA DE IDENTIDAD

FIRMA

APROBACION

CERTIFICO HABER PASADO JUICIO SOBRE ESTA SOLICITUD Y HABERLA ENCONTRADO EN ORDEN
PARA LO CUAL APRUEBO LA CANTIDAD DE: _____
RD\$ _____

DIRECTOR O ADMINISTRADOR

FECHA

RECIBO

HE RECIBIDO DEL ENCARGADO DEL FONDO DE CAJA CHICA LA CANTIDAD DE: _____
RD\$ _____ DE ACUERDO A LO SOLICITADO

FIRMA

FECHA

LIQUIDACION

MONTO DEL ADELANTO
MENOS TOTAL GASTADO
BALANCE A REPONER

RD\$ _____

REFERENCIA: RECIBO O FACTURA No. _____ DE _____
FECHA

FIRMA DEL ENCARGADO

FIRMA DEL SOLICITANTE





República Dominicana
Servicio Regional de Salud Metropolitano

PRENUMERADO
DE IMPRENTA

RECIBO DE DESEMBOLSO DE CAJA CHICA
SUPERVISIÓN RED DE SALUD MP

YO: _____
(NOMBRE)

RECIBI LA SUMA DE: _____ RD\$ _____

POR CONCEPTO DE: _____

FIRMA DEL RECEPTOR

FECHA

CEDULA DE IDENTIDAD

CERTIFICO CORRECTO:

NOMBRE DEL ENCARGADO DEL FONDO

FECHA

AUTORIZADO POR:

FIRMA DEL ADMINISTRADOR

FIRMA DEL DIRECTOR

FECHA

FECHA





República Dominicana
Servicio Regional de Salud Metropolitano

SOLICITUD DE DESEMBOLSO Y RECIBO PROVISIONAL DE CAJA CHICA

SUPERVISIÓN RED DE SALUD SDEC

SOLICITUD

SOLICITO LA SUMA DE: _____ RD\$ _____
PARA LA COMPRA DE _____

CONTRA LA CUENTA No. _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE

DEPARTAMENTO

CEDULA DE IDENTIDAD

FIRMA

APROBACION

CERTIFICO HABER PASADO JUICIO SOBRE ESTA SOLICITUD Y HABERLA ENCONTRADO EN ORDEN
PARA LO CUAL APRUEBO LA CANTIDAD DE: _____
RD\$ _____

DIRECTOR O ADMINISTRADOR

FECHA

RECIBO

HE RECIBIDO DEL ENCARGADO DEL FONDO DE CAJA CHICA LA CANTIDAD DE: _____

RD\$ _____ DE ACUERDO A LO SOLICITADO

FIRMA

FECHA

LIQUIDACION

MONTO DEL ADELANTO
MENOS TOTAL GASTADO
BALANCE A REPONER

RD\$ _____

REFERENCIA: RECIBO O FACTURA No. _____ DE _____
FECHA

FIRMA DEL ENCARGADO

FIRMA DEL SOLICITANTE





República Dominicana
Servicio Regional de Salud Metropolitano

PRENUMERADO
DE IMPRENTA

RECIBO DE DESEMBOLSO DE CAJA CHICA
SUPERVISIÓN RED DE SALUD SDEC

YO: _____
(NOMBRE)

RECIBI LA SUMA DE: _____ RD\$ _____

POR CONCEPTO DE: _____

FIRMA DEL RECEPTOR

FECHA

CEDULA DE IDENTIDAD

CERTIFICO CORRECTO:

NOMBRE DEL ENCARGADO DEL FONDO

FECHA

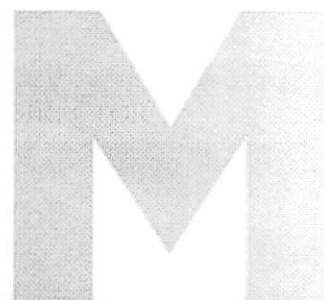
AUTORIZADO POR:

FIRMA DEL ADMINISTRADOR

FIRMA DEL DIRECTOR

FECHA

FECHA





República Dominicana
Servicio Regional de Salud Metropolitano

SOLICITUD DE DESEMBOLSO Y RECIBO PROVISIONAL DE CAJA CHICA

SUPERVISIÓN RED DE SALUD MP

SOLICITUD

SOLICITO LA SUMA DE: _____ RD\$ _____
PARA LA COMPRA DE _____

CONTRA LA CUENTA No. _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE

DEPARTAMENTO

CEDULA DE IDENTIDAD

FIRMA

APROBACION

CERTIFICO HABER PASADO JUICIO SOBRE ESTA SOLICITUD Y HABERLA ENCONTRADO EN ORDEN
PARA LO CUAL APRUEBO LA CANTIDAD DE: _____
RD\$ _____

DIRECTOR O ADMINISTRADOR

FECHA

RECIBO

HE RECIBIDO DEL ENCARGADO DEL FONDO DE CAJA CHICA LA CANTIDAD DE: _____

RD\$ _____ DE ACUERDO A LO SOLICITADO

FIRMA

FECHA

LIQUIDACION

MONTO DEL ADELANTO
MENOS TOTAL GASTADO
BALANCE A REPONER

RD\$ _____

REFERENCIA: RECIBO O FACTURA No. _____ DE _____
FECHA

FIRMA DEL ENCARGADO

FIRMA DEL SOLICITANTE





República Dominicana
Servicio Regional de Salud Metropolitano

PRENUMERADO
DE IMPRENTA

RECIBO DE DESEMBOLSO DE CAJA CHICA
SUPERVISIÓN RED DE SALUD MP

YO: _____
(NOMBRE)

RECIBI LA SUMA DE: _____ RD\$ _____

POR CONCEPTO DE: _____

FIRMA DEL RECEPTOR

FECHA

CEDULA DE IDENTIDAD

CERTIFICO CORRECTO:

NOMBRE DEL ENCARGADO DEL FONDO

FECHA

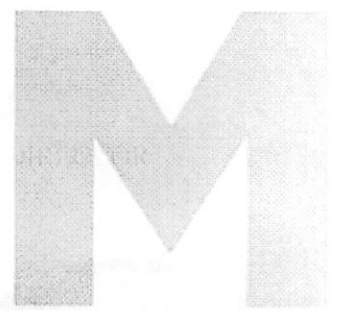
AUTORIZADO POR:

FIRMA DEL ADMINISTRADOR

FIRMA DEL DIRECTOR

FECHA

FECHA





República Dominicana
Servicio Regional de Salud Metropolitano

SOLICITUD DE DESEMBOLSO Y RECIBO PROVISIONAL DE CAJA CHICA

DIVISIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA

SOLICITUD

SOLICITO LA SUMA DE: _____ RD\$ _____
PARA LA COMPRA DE _____
CONTRA LA CUENTA No. _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE

DEPARTAMENTO

CEDULA DE IDENTIDAD

FIRMA

APROBACION

CERTIFICO HABER PASADO JUICIO SOBRE ESTA SOLICITUD Y HABERLA ENCONTRADO EN ORDEN
PARA LO CUAL APRUEBO LA CANTIDAD DE: _____
RD\$ _____

DIRECTOR O ADMINISTRADOR

FECHA

RECIBO

HE RECIBIDO DEL ENCARGADO DEL FONDO DE CAJA CHICA LA CANTIDAD DE: _____
RD\$ _____ DE ACUERDO A LO SOLICITADO

FIRMA

FECHA

LIQUIDACION

MONTO DEL ADELANTO
MENOS TOTAL GASTADO
BALANCE A REPONER

RD\$ _____

REFERENCIA: RECIBO O FACTURA No. _____ DE _____
FECHA

FIRMA DEL ENCARGADO

FIRMA DEL SOLICITANTE





República Dominicana
Servicio Regional de Salud Metropolitano

PRENUMERADO
DE IMPRENTA

RECIBO DE DESEMBOLSO DE CAJA CHICA

DIVISIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA

YO: _____
(NOMBRE)

RECIBI LA SUMA DE: _____ RD\$ _____

POR CONCEPTO DE: _____

FIRMA DEL RECEPTOR

FECHA

CEDULA DE IDENTIDAD

CERTIFICO CORRECTO:

NOMBRE DEL ENCARGADO DEL FONDO

FECHA

AUTORIZADO POR:

FIRMA DEL ADMINISTRADOR

FIRMA DEL DIRECTOR

FECHA

FECHA





📍 _____
☎ _____
✉ _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
EDAD: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

ESPECIALIDAD: _____

NO. EXECUÁTUR: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FECHA



ADA GUZMÁN
ENC. DE COMUNICACIÓN
ESTRATÉGICA

Av. Dr. Delgado 304, Gazcue,
Sto. Dgo. D.N. R.D.

809-221-2332 EXT. 224 
829-521-0997 
adaguzman03@gmail.com 



SERVICIO REGIONAL DE SALUD
METROPOLITANO



SRS/SALUD/RO

SIS/METROPOLITANO.GOB.DO

DORIS GARCÍA
ASISTENTE EJECUTIVA
DIRECCIÓN

Av. Dr. Delgado 304, Gazcue,
Sto. Dgo. D.N. R.D.

809-221-2332 EXT. 223 
829-521-4733 
doris.garcia@srsmetropolitano.gob.do 



SERVICIO REGIONAL DE SALUD
METROPOLITANO



SRS/METROPOLITANO.GORDDO

EDISSON FÉLIZ FÉLIZ
DIRECTOR

Av. Dr. Delgado 304, Gazcue,
Sto. Dgo. D.N. R.D.

809-221-2332 EXT. 223 
809-224-2363 
edisson.feliz@srsmetropolitano.gob.do 



SERVICIO REGIONAL DE SALUD
METROPOLITANO



SRS/SALUD

SRS/METROPOLITANO.GOB.CO

NORMA GABRIELA HERNÁNDEZ
ENC. DIVISION
ADMINISTRATIVA FINANCIERA

Av. Dr. Delgado 304, Gazeur. **809-221-2332 EXT. 237** 
Sto. Dgo. D.N. R.D. **829-521-0250** 
norma.hernandez@sismetropolitano.gob.do 



SERVICIO REGIONAL DE SALUD
METROPOLITANO



SRSM.SALUD@GOB.DO

SERVIÇO METROPOLITANO GOB.DO