



Fecha: _____

INFORME MÉDICO HOSPITALARIO

Hospital: _____

DATOS DEL LESIONADO**SINIESTRO:** _____**NOMBRE DEL PACIENTE:** _____**TELÉFONO:** _____HOSPITALIZACION: INICIAL:() Subsecuente: () FINAL ()**Antecedentes Personales Patológicos:****Signos y Síntomas:****Diagnósticos:****Tratamiento:**El paciente amerita interconsultas con otras especialidades..? Si:() No:()

Especialidad

Nombre MEDICO:

Teléfono

OBSERVACIONES (Especialista)

Firma del Medico Especialista

Requiere Internamiento: Si:() No:()

Fecha de Alta: _____

Requiere Cirugía: Si:() No:()

Fecha de Cirugía: _____

EL PACIENTE requerirá consulta Subsecuente: NO: () SI: () Fecha de su Prox. consulta: _____

Lugar: _____ con el Medico: _____

En caso de que el paciente en 7 días no cumpla con el plan de tratamiento, se genera su ALTA por ABANDONO

ESPECIALIDAD: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO "URGENCIA"

NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO DEL
LESIONADO O TUTOR

Nota IMPORTANTE:

Anexar a la Factura: **Pase Médico *IFE del Paciente ó Titular "Interpretación de Rx o estudios *Recetas Medicas***Firmas del medico y del lesionado, Para poder proceder al pago de la misma.****Las atenciones de los pacientes serán monitoreadas para encuestas de la atención al paciente**