

**Forma F.M. 01.1 ADMISIÓN: DATOS PERSONALES DEL PACIENTE (Anverso)**

**H. JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL**

HOSPITAL LUIS VERNAZA

**A IDENTIFICACION**

Apellido Paterno	1	Apellido Materno	2	Nombres	3	Apellido del Esposo	4	No. Historia Clínica	5
Fecha de Nacimiento	6	Edad	7	Estado Civil	8	Provincia	Lugar de Nacimiento	9	Ciudad

**B RESIDENCIA HABITUAL**

Provincia	10	Ciudad	11	Calle	12	Número	Calle Transversal	14	Casilla	15	Teléfono	16
Cuando la residencia habitual no es Guayaquil, registrar la dirección del hospedaje y sistema de comunicación				Nombre del Domicilio	17	Calle	18	Número	19	Sistema de Comunicación	20	

**C INGRESO**

Fecha				21	Departamento	22	Area	23	Observaciones	24
Año	Mes	Día	Hora							

FORMA: F.M.E.-01.1

ADMISION : DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

**Forma F.M. 01.1 ADMISIÓN: DATOS PERSONALES DEL PACIENTE (Reverso)**

E TRASLADOS									
Fecha				Departamento	Área	Observaciones			
Año	Mes	Día	Hora						
Fecha				Departamento	Área	Observaciones			
Año	Mes	Día	Hora						

  

P ACOMPAÑANTE						
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Apellido del Esposo
Provincia	Ciudad	Calle	Número	Calle Transversal	Casilla	Teléfono

## Forma F.M. 01.0 ADMISIÓN: INGRESO Y EGRESO

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL LUIS VERNAZA  
GUAYAQUIL, ECUADOR

### A IDENTIFICACIÓN

Apellido Paterno 1	Apellido Materno 2	Nombres 3	Apellido del Esposo 4	No. Historia Clínica 5
Fecha de Nacimiento 6	Edad 7	Estado Civil 8	Provincia 9	Lugar de Nacimiento 9
Ciudad				

### B RESIDENCIA HABITUAL

Provincia 10	Ciudad 11	Calle 12	Número 13	Calle Transversal 14	Casilla 15	Teléfono 16
Cuando la residencia habitual no es Guayaquil, registrar la dirección del hospedaje y sistema de comunicación		Nombre del Domicilio 17	Calle 18	Número 19	Sistema de Comunicación 20	

### C INGRESO

Fecha 21				Departamento 22	Área 23	Observaciones 24
Año	Mes	Día	Hora			

DIAGNOSTICO DE ADMISION	ADMISIONISTA 25
-------------------------	-----------------

### D EGRESO

Fecha 26				Días de Hospitalización 27	Departamento 28	Área 29	Condición al Egresar 30	
Año	Mes	Día	Hora				Alta	Fallecido
DIAGNOSTICO: Enfermedad Principal: 31							CODIGO 31 A	
Enfermedad (es) Asociada (as)							31 B	
TRATAMIENTO (S) 32							32 A	
Firma del Médico Tratante (33)							Firma Jefe de Área (34)	

### E ADMINISTRACIÓN

	35
--	----

## Forma F.M. 18.0 AUTORIZACIÓN GENERAL DE ATENCIÓN MÉDICA

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL LUIS VERNAZA  
GUAYAQUIL - ECUADOR

Apellido Paterno 1	Apellido Materno 2	Nombres 3	Apellido del Esposo 4	No. Historia Clínica 5
--------------------	--------------------	-----------	-----------------------	------------------------

Autorizo, bajo mi responsabilidad, al personal médico paramédico del Hospital Luis Vernaza encargados del cuidado del paciente, cuyo nombre consta en el encabezamiento de este formulario, a realizar las actividades necesarias o aconsejables para que el enfermo recupere su salud, y se investigue el origen de su (s) dolencia (as). Con los mismos propósitos autorizo también, que se use mi (su) Expediente Clínico.

Los que suscribimos dejamos constancia de que tan pronto nuestro familiar sea dado de alta del Hospital, nos obligamos a trasladarlo a nuestro domicilio el mismo día del "Alta" o a más tardar, al día siguiente. Caso contrario, la Administración del Hospital queda autorizada para remitir a nuestro familiar a nuestro domicilio ubicado en ..... obligándonos a cubrir todos los gastos de traslado que esto ocasione.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

Si el paciente es menor de edad o está impedido de firmar:

Familiar o  
Representante

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombres

\_\_\_\_\_  
No. C.I.

Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombres

\_\_\_\_\_  
No. C.I.

Fecha: \_\_\_\_\_

**COMUNICACIÓN DE PACIENTES ADMITIDOS**



**BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL LUIS VERNAZA  
EMERGENCIA**

Commutador 560300 - 563317 Ext.: 2224

Fecha:

Oficio- fax #

Sr.

**JEFE PROVINCIAL DE LA POLICIA JUDICIAL DEL GUAYAS**

Teléfono 2-870439 Fax 2-870440

Ciudad.-

Informo a Ud. Que en estos momentos llegó al área de emergencia el paciente:

APELLIDO:

NOMBRE:

HISTORIA CLÍNICA # :

EDAD:

HERIDO POR:

Arma de fuego

Arma blanca

Otro

Diagnostico:

Atentamente,

Admisionista  
Emergencia H.L.Vernaza

cc. Dirección Técnica