

EMERGENCIA

5.-HOJA DE INGRESO

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL PSIQUIATRICO
"LORENZO PONCE"



HOJA DE INGRESO					
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:		Hora:	H. Clínica
Edad:	Raza:	Lugar de Nacimiento:	Provincia:	Estado Civil:	
Años cumplidos	Blanca <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/>			Soltero <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/>	
Procedencia: Localidad (Ciudad, Pueblo, etc) - Cantón - Provincia.					
Escolaridad:	Persona Responsable: Nombre y parentesco: Dirección:				
Motivo de Ingreso:					
Manifestaciones Clínicas:					
Examen Físico:					
Impresión Diagnóstica					
Indicaciones					
		Fecha:		Firma del médico que da el ingreso:	

6.- HOJA DE EGRESO

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
 HOSPITAL PSIQUIATRICO
 "LORENZO PONCE"



HOJA DE EGRESO					
<p>MOTIVO DE INGRESO</p> <p>RÉSUMEN SINDRÓMICO</p> <p>RÉSUMEN DE EXAMEN FÍSICO (datos de interés)</p> <p>TRATAMIENTOS</p> <p>EVOLUCIÓN</p> <p>DIAGNÓSTICO DEFINITIVO</p> <p>OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</p>					
Día	Mes	Año	Hora		
Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Nombres:	Historia Clínica
Servicio: EMERGENCIA		Sala: OBSERVACIÓN		Médico Tratante:	

7.- HOJA DE TRANSFERENCIA

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
 HOSPITAL PSIQUIATRICO
 "LORENZO PONCE"



HOJA DE TRANSFERENCIA				
Apellido Paterno,	Apellido Materno,	Nombre,	Hora,	H. Clínica
Fecha de Nacimiento:		Servicio:	Salto:	
Día,	Mes,	Año,		
<p>Diagnostico Presuntivo:</p> <p>Diagnostico Definitivo:</p> <p>Resumen de Historia y Hallazgos Especiales Exámenes Físicos:</p> <p>Hallazgos de Laboratorio, Rayos X e Inter-consultas:</p> <p>Evolución (Complicaciones si las hubo):</p> <p>Tratamiento:</p> <p>Motivo de la Inter-consulta:</p> <p>Fecha:</p> <p>Firma del médico que da el ingreso:</p>				

8.-ACTIVIDADES ÁREA DE EMERGENCIA

INFORME DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL DE LA UTB

ACTIVIDADES	Admisión	Cuidados Intermedios	Hospital de Día	Total
EVALUACION SOCIOECONOMICA				
INFORMES POR EXONERACION DE MEDICINA				
INFORME POR REBAJA DE MEDICINA				
INFORME POR EXONERACION DE EXAMENES				
INFORME POR REBAJA DE EXAMENES				
INFORME POR EXONERACION DE INGRESO				
INFORME POR REBAJA DE INGRESOS				
INFORME POR EXONERACION DE CONSULTA				
INFORME POR EXONERACION DE E. E. G.				
INFORME POR REBAJA DE E. E. G.				
CONSULTA NEUROLOGICA				
CONSULTA PSICOLOGICA				
TERAPIA FAMILIAR				
INFORMES SOCIALES				
ENTREVISTAS POR ORIENTACION				
ENTREVISTAS POR INFORMACION				
FICHAS SOCIALES				
COORDINACION DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO				
GESTIONES INTERNAS				
GESTIONES EXTERNAS				
CASOS SOCIALES				
VISITAS DOMICILIARIAS				
CONSECUSSION DE RECURSOS				
INFORMES POR T. A. C.				
OFICIOS - MEMORANDUM				
COMUNICADOS				
LLAMADAS TELEFONICAS LOCALES				
LLAMADAS TELEFONICAS NACIONALES				
VISITA CON EL MEDICO A PCTES, HOSPITALIZADOS				
EXONERACIONES POR HOSPITALIZACION				
REBAJAS POR HOSPITALIZACION				

13.- REPORTE DIARIO DE PACIENTES ATENDIDOS

REPORTE DIARIO DE LA ATENCION A LOS PACIENTES EN EL AREA UTB.

MEDICO:

FECHA:

No	NOMBRE DEL PACIENTE	HC.No.	1ra. VEZ	SUBSEC	SALA	DIAGNOSTICO No. CODIG
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
PACIENTES ATENDIDOS		7 FIRMA DEL MEDICO CLINICO.				

FIRMA DEL JEFE DEL AREA

ESTADISTICA

DIRECCION TECNICA

INSPECTORIA

