

12.- HOJA DE RESPONSABILIDAD ADQUIRIDA

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL PSIQUIATRICO "LORENZO PONCE"
AREA DE EMERGENCIA TRABAJO SOCIAL

RESPONSABILIDAD ADQUIRIDA

Yo, parentesco
Con C.I. he decidido **no dejar ingresado** a mi
familiar edad
entiendo, comprendo y acepto las orientaciones que me han sido debidamente
informadas en forma verbal y escrita por el Médico y Trabajo Social de los riesgos
y peligro que puedan pasar posteriormente con el paciente; segundas o terceras
personas, **exonerando** de toda responsabilidad al Personal Médico y Paramédico
del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de lo que pudiese ocurrir.

.....
Firma del Responsable

.....
Firma del Responsable

.....
Médico Jefe

.....
Fecha y hora

Formato: 001

16.- SOLICITUD ALTA PETICIÓN FAMILIAR

JUNTA DE BENEVICENCIA DE GUAYAQUIL
Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce"
casilla 3987 - Teléfono 392862
Guayaquil - Ecuador
ADMINISTRACION

SOLICITUD DE ALTA A PETICION FAMILIAR

Yo, _____ parentesco
_____ con número de C.I. _____ solicito el alta a petición
familiar del paciente : _____ Ingresado (a) en este
Hospital Psiquiátrico "LORENZO PONCE", en el área de _____
exonerando de toda responsabilidad al personal médico y paramédico de lo que ocurriera
posteriormente.

Firma del Representante

Médico - Jefe

Fecha y Hora

17.- TARJETA DE MEDICACIÓN GENERAL



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
 HOSPITAL PSIQUIATRICO "LORENZO PONCE"
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
 Guayaquil - Ecuador

TARJETA DE MEDICACIÓN GENERAL

Nombre:	SALA:	CAMA:
Medicamento:		
Dosis:		
Via:		
Frecuencia:		
Medicamento:		
Dosis:		
Via:		
Frecuencia:		
Medicamento:		
Dosis:		
Via:		
Frecuencia:		
Medicamento:		
Dosis:		
Via:		
Frecuencia:		
Medicamento:		
Dosis:		
Via:		
Frecuencia:		
Medicamento:		
Dosis:		
Via:		
Frecuencia:		

18.- PACIENTES CON ALTA MÉDICA

PACIENTES CON ALTA MEDICA

NOMBRE
EDAD
DIAGNOSTICO
HISTORIA CLINICA
RESPONSABLE
DIRECCIÓN
EGRESO

NOMBRE
EDAD
DIAGNOSTICO
HISTORIA CLINICA
RESPONSABLE
DIRECCION
EGRESO

