

Forma F.M. 050 ENCUESTA SOCIOECONÓMICA

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
 HOSPITAL LUIS VERNAZA
 GUAYAQUIL, ECUADOR

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

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 9	Lugar de Nacimiento 10
		Ciudad 11		

B RESIDENCIA HABITUAL

Provincia 10	Ciudad 11	Calle 12	Número 13	Calle Transversal 14	Casilla 15	Teléfono 16
--------------	-----------	----------	-----------	----------------------	------------	-------------

C LUGAR DE TRABAJO

Nombre	Calle	Número	Sistema de Comunicación	Profesión u Ocupación
--------	-------	--------	-------------------------	-----------------------

CH PERSONA RESPONSABLE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Observaciones
Provincia	Ciudad	Calle	Número
		Calle Transversal	Casilla
		Teléfono	

D ATENCIÓN INICIAL DE TRABAJO SOCIAL

FECHA				SERVIDIO		AREA	CAMA	CLASIFICACION	No. ENCUESTA
A	M	D	N	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Contribuyente	

E GRUPO FAMILIAR

Nombres y Apellidos	Edad	E. C.	Relacion c. Paciente	Ocupación	Sueldo	Instrucción
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

F SITUACION ECONOMICA

INGRESOS APORTACIONES: Padre : \$ _____ Madre : _____ Hijos : _____ Otras Personas : _____ Total de Ingresos : \$ _____	EGRESOS Arrendamiento : \$ _____ Alimentación : _____ Educación : _____ Otros : _____ Total de Egresos : \$ _____	VIVIENDA <input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Tubería Agua <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Serv. Hig. <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Energía Eléctrica <input type="checkbox"/> Caña No. de Habitaciones: <input style="width: 50px;" type="text"/>
--	---	--

T.S. _____
 Nombre y Firma

TICKET DE EXONERACIÓN DE CONSULTA EXTERNA



**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
HOSPITAL LUIS VERNAZA**

**TICKET DE EXONERACION DE
CONSULTA EXTERNA**

Fecha : _____ H.C. _____
Nombres : _____
Apellidos : _____
Especialidad : _____
Valor : _____
Empleado : _____
Código : _____
Observaciones : _____

TRABAJADORA SOCIAL

ORDEN DE PAGO PARA INGRESOS

**JUNATA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL LUIS VERNAZA**

108801

ORDEN DE PAGO PARA INGRESOS

FECHA: _____

PACIENTE: _____
NOMBRE APELLIDO

AREA: _____ # DE CAMA _____ # HC: _____

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: _____ MEDICO QUIRÚRGICO

VALOR INGRESO: \$ _____ VALOR REBAJADO: \$ _____ VALOR NETO A PAGAR: \$ _____

SALDO ANTERIOR: \$ _____

PAGO TOTAL: \$ _____ ABCNO: # \$ _____ SALDO: \$ _____ TRANSFERENCIA A SALA _____

REVALORIZACION:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: _____

VALOR INGRESO: \$ _____ VALOR REBAJADO: \$ _____ VALOR NETO A PAGAR: \$ _____

SALDO ANTERIOR: \$ _____

PAGO TOTAL: \$ _____ ABCNO: # \$ _____ SALDO: \$ _____ TRANSFERIDO A SALA: _____

SELLO FIRMA DE TRABAJADOR (A) SOCIAL

OBSERVACIÓN: _____

PERMISO PARA VISITAR PACIENTES HOSPITALIZADOS



Junta de Beneficencia de Guayaquil
Hospital Luis Vernaza
Guayaquil -Ecuador

PERMISO PARA VISITAR PACIENTES HOSPITALIZADOS

Nombre del Paciente:.....

Sala Cama.....

Días..... horario del permiso.....

Persona autorizada

Fecha

Para el Vto. Bno. de Administración se lo deberá entregar en el horario de 08h00 a 11h00 y la autorización se la retira a las 15h00 en la Garita principal (puerta de torniquete).

Médico Jefe de la Sala

Trabajador Social

F.A.-006

Vto. Bno. Administración

IMPRESA JTA. BENEF. DE GUAY.

SOLICITUD DE TARJETA UNICA DE DESCUENTO



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL LUIS VERNAZA
DPTO. DE TRABAJO SOCIAL**

0010414

SOLICITUD DE TARJETA UNICA DE DESCUENTO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Nº Historia Clínica

Edad: _____ Estado Civil _____ Area _____ Nº Cama _____

Dirección Domiciliaria _____

Persona responsable _____ Parentesco _____

Descuento Sugerido _____

Observaciones _____

Fecha: _____

**Firma del Trabajador Social
Solicitante**

**Jefe del Dpto. de Trabajo Social
Autorización**

SOLICITUD DE EXONERACIÓN DE SANGRE



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL LUIS VERNAZA
DPTO. DE TRABAJO SOCIAL**

No. 2401

SOLICITUD DE EXONERACIÓN DE SANGRE

Jefatura - Director Técnico

Fecha : _____ Área : _____

Historia Clínica: _____ Nº de Cama : _____

Paciente : _____

Diagnóstico : _____

Se solicita la exoneración de :

Sangre Completa Derivados de la Sangre : _____

Grupo Sanguíneo : _____ Unidades # : _____ Letras _____

OBSERVACIONES :

**Firma Trabajador
Social**

**Firma Jefe de
Trabajador Social**

**Firma
Director Técnico**

SOLICITUD DE AYUDA DE EXAMENES ESPECIALES



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL LUIS VERNAZA
DPTO. DE TRABAJO SOCIAL**

03486

SOLICITUD DE AYUDA DE EXAMENES ESPECIALES

PARCIAL

TOTAL

PARA : JEFATURA - DIRECCIÓN - TÉCNICA - INSPECTORIA
DE T. SOCIAL : _____
EXAMEN : _____
PACIENTE : _____
DIAGNOSTICO : _____
H. CLINICA : _____ N° DE CAMA _____
AREA : _____

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA: _____

T. SOCIAL _____ FECHA _____

Visto bueno Jefatura de Trabajo Social _____

ORDEN DE PAGO PARA DEBITOS PENDIENTES



**H. JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL LUIS VERNAZA
DPTO. DE TRABAJO SOCIAL**

ORDEN DE PAGO PARA DEBITOS PENDIENTES #

Señor Cajero (a)

Sírvase recibir del paciente: _____

Area: _____ **Cama:** _____ **H.C.:** _____

Los siguientes valores por:

Medicinas : _____

Laboratorio : _____

Rx. : _____

**Exámenes
Especiales** : _____

**Valoración
Pre-Quirúrgicas** : Valor Total: _____ Rebaja: _____ Contribuye _____

**Limpieza
Quirúrgicas** : Valor Total: _____ Rebaja: _____ Contribuye _____

Alta a petición : **Medicina** : _____ **R. X.** : _____ **Exa. Lab.:** _____

Otros : _____

Total : _____

Observaciones : _____

Fecha _____

ORDEN PARA ELABORACIÓN DE PAGARÉ



**H. JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL LUIS VERNAZA
DPTO. DE TRABAJO SOCIAL
ORDEN PARA ELABORACIÓN DE PAGARE**

Señor Asistente Administrativo de Trabajo Social:

Nombres y Apellidos del paciente: _____

Área _____ # de cama _____ # H.C. _____

Dirección Domiciliaria : _____

Ingreso
Valor Total : _____ Rebaja: _____ Contribuye: _____ Saldo: _____

N° de factura : _____

Valoración
Pre-Quirúrgicas : _____ Rebaja: _____ Contribuye: _____ Saldo: _____

Limpiezas
Quirúrgicas : _____ Rebaja: _____ Contribuye: _____ Saldo: _____

Medicina : _____ R.X.: _____ Exa. Lab : _____

Otros : _____

Total : _____

Observaciones : _____

Paciente egresa del Hospital:

Alta Médica Alta a Petición Fallecimiento

Fecha: _____

Trabajador (a) Social

Asistente Administrativo de T. S.

AUTORIZACIÓN DE EGRESO DE PACIENTE



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL LUIS VERNAZA
DPTO. DE TRABAJO SOCIAL**

43689

AUTORIZACIÓN DE EGRESO DE PACIENTE

El (la) paciente: _____

Sala o Area: _____

N° H. C.: _____

N° Cama _____

Puede egresar de este Hospital: Alta Médica Alta Petición Fallecimiento

Luego de haber cumplido con los requisitos de la Institución.

Fecha: _____

IMP. JUN. BEN. QUIL

Trabajador Social

SOLICITUD DE EXONERACIÓN DE AMBULANCIA



FECHA:

DE:

PARA:

ASUNTO:

GUAYAQUIL - ECUADOR

IMPRESA JTA. BENER. DE GQUIL.

MEMORANDUM

H
O
S
P
I
T
A
L

L
U
I
S

V
E
R
N
A
Z
A

De mis consideraciones:

Agradeceré a usted, se sirva autorizar a quien corresponda el **SERVICIO DE AMBULANCIA** en forma gratuita, para que sea trasladado el (la):

PACIENTE:

SALA: CAMA:

LUGAR:

FECHA:

Atentamente,

.....

DIARIO DE ACTIVIDADES



H. JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL LUIS VERNAZA
DPTO. DE TRABAJO SOCIAL

DIARIO DE ACTIVIDADES

FECHA: _____

Nº	H. C.	NOMBRES Y APELLIDOS	%	OBSERVACIONES	AREA	ENVIADO POR:

L.U.G

IMP. JUN. BEN. QUIL