

## Forma F.M.E. 27.0 SERVICIO DE EMERGENCIA: ORDEN DE INTERNACIÓN

HOSPITAL LUIS VERNAZA  
GUAYAQUIL, ECUADOR

### SERVICIO DE EMERGENCIA ORDEN DE INTERNACION

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Apellido del esposo		H.C.		
Provincia		Ciudad		Calle		Nº	C. Transversal		Casilla	Teléfono
Acompañante →	Apellido paterno		Apellido materno		Ciudad		Calle		Nº	Teléfono

#### PERIODO DE INTERNACION

<p><b>INICIACION</b></p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> <td style="text-align: center;">Hora</td> <td></td> </tr> </table> <p>Dr. _____ Residente Jefe de Guardia</p>						Día	Mes	Año	Hora		<p><b>TERMINACION</b></p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> <td style="text-align: center;">Hora</td> <td></td> </tr> </table> <p>Dr. _____ Residente Jefe de Guardia</p>						Día	Mes	Año	Hora	
Día	Mes	Año	Hora																		
Día	Mes	Año	Hora																		

#### DESTINO AL TERMINAR LA INTERNACION

Hospitalización   
  Consulta Externa   
  Traslado   
  Alta   
  Fallecimiento

#### ASISTENCIA SUBSECUENTE

HOSPITALIZACION O CONSULTA EXTERNA			TRASLADO
División	Departamento	Area	Casa de Salud

Forma: F.M.E.- 27.0

SERVICIO DE EMERGENCIA: ORDEN DE INTERNACION

# HISTORIA CLÍNICA (Anverso)

**EMERGENCIA**  
**HISTORIA CLINICA NUMERO**

**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL**  
**HOSPITAL LUIS VERNAZA**

Hora:            Sexo: F   M    Edad:

Lugar de nacimiento:

Fecha de Ingreso:

Lugar de Procedencia:

Ocupación:

Estado civil: S   C   D   V   UL

Fecha de nacimiento:

Motivo de Ingreso: .....

Enfermedad actual: .....

Antecedentes Patológicos Personales: .....

Antecedentes Patológicos Familiares: .....

Antecedentes Gineco-obstétricos: F. U. M. ....

Manifestaciones alérgicas. ....

Uso de Medicamentos: .....

Signos Vitales: Presión arterial            num de Hg            PULSO:            per minuto  
Temperatura:            °C            Frecuencia Respiratoria:            por minuto

## HISTORIA CLINICA (Reverso)

Pupilas	Derecha	Izquierda
---------	---------	-----------

Glasgow:	Respuesta Motora:
	Respuesta Ocular:
	Respuesta Verbal:

<b>Examen Físico General:</b> .....
.....
.....
<b>Examen Físico Regional:</b> .....
.....
.....
<b>Cabeza y cuello:</b> .....
.....
.....
<b>Tórax:</b> .....
.....
.....
<b>Ruidos cardíacos</b> .....
.....
.....
<b>Campos Pulmonares</b> .....
.....
.....
<b>Abdomen</b> .....
.....
.....
<b>Periné</b> .....
.....
.....
<b>Extremidades</b> .....
.....
.....

<b>Diagnóstico de Ingreso:</b> .....
.....
.....
.....

<b>Nombre y firma de Interno:</b>	<b>Nombre y firma de Médico Residente</b>
.....	.....
.....	.....

Guardia número	1	2	3
----------------	---	---	---

<b>Residente Jefe de Guardia</b>
----------------------------------

**HOJA DE TRANSFERENCIA DE EMERGENCIA (Anverso)**

HOSPITAL LUIS VERNAZA  
GUAYAQUIL - ECUADOR

**HOJA DE TRANSFERENCIA DE EMERGENCIA**

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Apellido del esposo	H. C. No.
------------------	------------------	---------	---------------------	-----------

FECHA DE INGRESO AL AREA:  
FECHA DE EGRESO DEL AREA:

EDAD:  
HORA:

**MOTIVO DE INGRESO**

.....  
.....  
.....

**EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD (RESUMEN INTRAHOSPITALARIO)**

.....  
.....  
.....  
.....

**DIAGNOSTICO DE INGRESO**

.....  
.....  
.....

**TRATAMIENTO RECIBIDO**

.....  
.....  
.....

**INTERVENCIONES QUIRURGICAS (RESUMEN, SI LA HUBO)**

.....  
.....  
.....

**COMPLICACIONES**

.....  
.....  
.....

**COMENTARIO**

.....  
.....  
.....  
.....

**NOMBRE Y FIRMA DEL  
JEFE DE EMERGENCIA**

**NOMBRE Y FIRMA DEL  
RESIDENTE**

**HOJA DE TRANSFERENCIA DE EMERGENCIA (Reverso)**

**EXAMENES DE LABORATORIO**

**EQUIPOS O MATERIALES PERTENECIENTES AL AREA DE EMERGENCIA QUE VAN EN CALIDAD DE PRESTAMO AL SERVICIO DE .....**

.....  
.....  
.....  
.....

---

**NOMBRE Y FIRMA  
ENFERMERA DE EMERGENCIA**

---

**NOMBRE Y FIRMA  
ENFERMERA DEL SERVICIO  
DESTINADO**