



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL DE NIÑOS
“DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”
Trabajo Social

AUTORIZACIÓN

YO, _____, (representantes del menor) _____ de años de edad, ingresado en la Unidad de Quemados por presentar diagnóstico de Quemaduras de III° en un 0,5% de SCQ por electricidad + Necrosis isquémica del quinto dedo de mano izquierda, autorizo se realice el procedimiento quirúrgico necesario; el mismo que consiste en la realización de amputación de falange distal del meñique de mano izquierda.

C.I
Representante

C.I :
Testigo



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL DE NIÑOS
“DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”
Trabajo Social

ALTA PETICION.

YO _____ (PARENTESCO) DEL MENOR _____ DE
AÑOS INGRESADO EN EL PABELLÓN _____ CAMA CON DIAGNOSTICO
ABSCESOR MULTIPLES CONOCEDOR DEL ESTADO DE SALUD DE MI
REPRESENTADO SOLICITO EL ALTA PETICIÓN, POR LO QUE DESVINDULO
RESPONSABILIDAD TOTAL AL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO,
ENFERMERAS Y TODA PERSONA QUE LABORA EN ESTE HOSPITAL UNA
VEZ EGRESADA.

.....
FIRMA DEL REPRESENTANTE
CI.



**HOSPITAL PEDIÁTRICO
DR. ROBERTO GILBERT**

HOJA CRONOLOGICA



**HOSPITAL PEDIÁTRICO
DR. ROBERTO GILBERT**

**ENCUESTA
SOCIO ECONOMICA**

HISTORIA CLINICA		FECHA		CATEGORIZADO	
NOMBRES COMPLETOS DEL PACIENTE.					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		EDAD		SEXO	
NOMBRES DEL PADRE				PROCEDE	
EDAD		ESTADO CIVIL			
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO					
OFICIO				SUELDO	
NOMBRES DE LA MADRE.					
EDAD		ESTADO CIVIL			
DOMICILIO					
Ocupación			ING EC.		RECIBE EL BONO SOLIDARIO
NUMERO DE HERMANO MAYORES DE EDAD				QUIEN MAS APORTA ECONÓMICAMENTE EN EL HOGAR : Nadie más	
NUMERO DE HERMANOS MENORES DE EDAD.					
TOTAL DE HERMANOS					
TIENE HIJOS EN OTRO COMPROMISO		EL	ELLA	EL CUANTOS ELLA	VIVEN CON UD.
SITUACIÓN FAMILIAR.-					
HOGAR LEGÍTIMAMENTE ORGANIZADO			HOGAR LEGITIMAMENTE DESORGANIZADO		
HOGAR ILEGÍTIMAMENTE ORGANIZADO			HOGAR ILEGITIMAMENTE DESORGANIZADO		
ALLEGADOS					
PADRE PASA MANUTENCIÓN:				CUANTO	
TIPO DE PRESUPUESTO.-	DIARIO	SEMANAL	QUINCENAL	MENSUAL	
DIAGNOSTICO					
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO					
DIAGNOSTICO DEFINITIVO					
MEDICO RESIDENTE			MEDICO TRATANTE		
PABELLÓN		TIEMPO DE TRATAMIENTO			
EN QUE OTRO LUGAR HA RECIBIDO TRATAMIENTO				DURACION	
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA AL MENOR.		DIRECCIÓN Y TELEFONO DE QUIEN ENTREGA AL MENOR:			

FIRMA REPRESENTANTE

FIRMA TRABAJO SOCIAL



**HOSPITAL PEDIÁTRICO
DR. ROBERTO GILBERT**

HOJA DE RESPONSABILIDAD

El que suscribe Grado de parentesco (Padre) DEL
MENOR

Autorizo al Hospital Roberto Gilbert, a realizar las investigaciones, que crea necesaria para llegar a un exacto Diagnóstico de la enfermedad que padece; las investigaciones quirúrgicas u otros tratamientos indispensables para conseguir que retorne a sui estado de salud, y, en caso fatal, para que verifique la autopsia, si juzgare que el examen postmortum es necesario para aclarar conceptos científicos en beneficio social

Guayaquil

.....
FIRMA DEL REPRESENTANTE
CI



HOSPITAL "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE"
SERVICIO ODE TERAPIA DE REHABILITACIÓN
DE QUEMADOS
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

GUAYAQUIL, ----- DEL 200-----

HOJA RESPONSABILIDAD

*YO,(madre) representante del menor:
..... de años de edad, quien hoy egresa
de la Unidad de Quemados. Enterado de la importancia de la
Rehabilitación y sus beneficios, me comprometo a asistir al
tratamiento de Rehabilitación por el tiempo necesario para
continuar con su recuperación satisfactoria de mi paciente, de
acuerdo al horario establecido por el servicio de Rehabilitación
Física de Quemados.*

*De no cumplir con el tratamiento, estaría atentando contra los
Derechos del Niño en lo referente a la salud y bienestar.
Atentamente,*

-
CI.
Representante
de

Servicio de Rehabilitación

Quemados

DATOS DEL PACIENTE POR EL DPTO. DE TRABAJO SOCIAL:

*Dirección completa, teléfono (en caso de no referir, teléfono de vecino, familiar donde
poder ubicarlo)
Comunicarse.*