



Junta de Beneficencia de Guayaquil
"HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE"

CLINICA PRIVADA

PARTE OPERATORIO

FECHA: _____ HORA: _____ H. CLINICA : _____

NOMBRE DEL PACIENTE : _____ EDAD: _____

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: _____

OPERACIÓN A EFECTUAR: _____

TIEMPO QUIRURGICO : _____ TIEMPO DE ANESTESIA : _____

CIRUJANO: _____ ANESTESIOLOGO: _____

AYUDANTE: _____

MATERIAL A UTILIZAR: _____

TORRE DE VIDRO: _____ MICROSCOPIO: _____ SANGRE: _____ PLASMA: _____

OTROS: _____

CIRUJANO TRATANTE



Hospital
de Niños
Dr. Roberto
Gilbert Elizalde

PEDIDO DE DIETAS

PENSIONADO

Fecha: _____

H. Junta de Beneficencia de Guayaquil
Clinica Privada

Desayuno:

Almuerzo:

Merienda:

Hab.	Nombre del Paciente	Edad	Tipo de Dieta	Paciente	Familiar	Observación
224						
225 A						
225 B						
226						
227 A						
227 B						
228						
229 A						
229 B						
230						
231 A						
231 B						
232						
233 A						
233 B						
234						
235 A						
235 B						
236						
237 A						
237 B						
238						
239 A						
239 B						
241 A						
241 B						
240						
243						
245						
TOTAL DIETAS						

Solicitado por

Autorizado por

Administración

Recibe

Fecha	:	
Doctor/a	:	
Turno	:	

CUADRO DE PACIENTES CLINICA PRIVADA

Hab.224	H.C.
Hab.226	H.C.
Hab.228	H.C.
Hab.230	H.C.
Hab.232	H.C.
Hab.234	H.C.
Hab.236	H.C.
Hab.238	H.C.
Hab.240	H.C.
Hab.243	H.C.
Hab.245	H.C.

C O R R E D O R

Hab.225-A	H.C.
Hab.225-B	H.C.
Hab.227-A	H.C.
Hab.227-B	H.C.
Hab.229-A	H.C.
Hab.229-B	H.C.
Hab.231-A	H.C.
Hab.231-B	H.C.
Hab.233-A	H.C.
Hab.233-B	H.C.
Hab.235-A	H.C.



HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE SERVICIO PRIVADO

H.C. : _____

FECHA INGRESO:	HORA:	HABITACION:
APELLIDOS y NOMBRES:		
FECHA DE NAC.:	EDAD:	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
NOMBRE DE LA MAMA:		
NOMBRE DEL PAPA:		
DOMICILIO:		
TELEFONO (S):		

FAMILIAR O AMIGO QUE NO VIVA CON USTED:
TELEFONOS:

SEGURO MEDICO: _____ NO: _____ SI: _____ NIVEL: _____ Corporativo: ___ Individual: _____	
NOMBRE DEL SEGURO: _____ NOMBRE DEL PLAN: _____	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO:	
NOMBRE DE LA EMPRESA: _____ N° de Póliza: _____	

MEDICO TRATANTE:

DEPOSITO: _____
SOFA CAMA: _____
TERMOCUNA: _____
OTROS: _____

Autorización: _____	Honorarios médicos: Seguro Paciente
Cupo: _____	Tratante: _____
Porcentaje: _____	Cirujano: _____
Aurorizador: _____	Ayudante: _____
Deducible: _____ Garantía: _____	Anestesista: _____

AUTORIZACION ESPECIAL:

Yo, _____ Ced. Ident. # _____, autorizo al personal médico de éste hospital para realizar la siguiente operación y/o tratamiento _____, y los que en el transcurso del mismo se consideren científicamente necesarios para la salud, del paciente: _____.

FIRMA REPRESENTANTE

C.C. #

DIAGNOSTICO:

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

FECHA DE ALTA: _____

FIRMA MEDICO TRATANTE

