

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

HOJA DE INFORME SOCIAL HOJA 2

Hospital "LORENZO PONCE"

ENTREVISTA INICIAL: ANTECEDENTES GENERALES

DIAGNOSTICO SOCIAL: _____

DIAGNOSTICO PSICOLOGICO: _____

CONCLUSIONES: _____

TRABAJADORA SOCIAL: _____

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
DIRECCIÓN
EGRESO

NOMBRE
EDAD
DIAGNOSTICO
HISTORIA CLINICA
RESPONSABLE
DIRECCIÓN
EGRESO

NOMBRE
EDAD
DIAGNOSTICO
HISTORIA CLINICA
RESPONSABLE
DIRECCIÓN
EGRESO

NOMBRE
EDAD
DIAGNOSTICO
HISTORIA CLINICA
RESPONSABLE
DIRECCION
EGRESO

