



FICHA DE INTERNAMENTO

DATA E HORA

10/15/2022 16:20:18

DADOS DO PACIENTE

* Nome do Paciente Patient Name			* Número do Cartão Nacional do SUS 928 9769 5493 0007		
* Data de Nascimento 10/15/2022	* Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	* Nome da Mãe Patient Mother Name			
* Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG 284.454.000-70		* Endereço Completo (Rua, Av., ...) 01234567891011121314151617181920212223242526272829303132333435363738			
Nº 123456	Bairro Patient Neighborhood	Município Patient city		UF SP	CEP 12345-678
Nacionalidade Brasileira		* Telefone para Contato (44) 38769-4628		Possui Convênio Suplementar? <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Peso Estimado 123.32

DADOS CLÍNICOS

* Alergias Medicamentosas/Alimentar Penicillin, Aspirin, Ibuprofen, Anticonvulsants.
* Comorbidades/Doenças Prévias Heart disease, High blood pressure, Diabetes, Cerebrovascular disease.
* História da Doença Atual/Exame Físico Current illness historyaaaaaaaaaedeqqa
* Suspeita Diagnóstica Inicial (CID) Diagnostic suspicion and referral bias in studies of venous thromboembolism and oral contraceptive use.

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

--

* Nome do Médico Responsável Doctor Name
* CNS do Médico Responsável 928 9769 5493 0007
* CRM do Médico Responsável CRM/UF 123456