



FICHA DE INTERNAMENTO

DATA E HORA

10/11/2022 23:30:47

DADOS DO PACIENTE

* Nome do Paciente Patient Name		* Número do Cartão Nacional do SUS 928 9769 5493 0007	
* Data de Nascimento 10/11/2022	* Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	* Nome da Mãe Patient Mother Name	
* Documento <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG 284.454.000-70		* Endereço Completo (Rua, Av., ...)	
N°	Bairro	Município	UF CEP
Nacionalidade	* Telefone para Contato		Possui Convênio Suplementar? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
		Peso Estimado	

DADOS CLÍNICOS

* Alergias Medicamentosas/Alimentar
* Comorbidades/Doenças Prévias
* História da Doença Atual/Exame Físico
* Suspeita Diagnóstica Inicial (CID)

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

--

* Nome do Médico Responsável
* CNS do Médico Responsável
* CRM do Médico Responsável