**EPICRISIS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACION DEL PACIENTE** | | | | | | | | | |
| **NOMBRE** |  | | **EDAD** | | años | **FECHA NACIMIENTO** | | |  |
| **RUN** |  | **TELEFONO** |  | | | | **FICHA CLINICA** |  | |
| **DOMICILIO** |  | | | | | | | | |
| **FECHA INGRESO** |  | | **FECHA EGRESO** | | |  | | | |
| **ANTECEDENTES** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **RESUMEN HOSPITALIZACIÓN** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **DIAGNOSTICO EGRESO** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **PLANES** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **INDICACIONES:** | | | | | | | | | |
| 1. X 2. Acudir a su centro de salud más cercano con una copia de este documento para continuar controles de patologías crónicas y seguimiento | | | | | | | | | |
| NOMBRE Y FIRMA MEDICO: | | | | FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE | | | | | |