

pruebas

5 DIAGNÓSTICOS INGRESO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PR E	DE F
1	BLEFARITIS		H01.0	X	
2					
3					
4					
5					
6					

6 DIAGNÓSTICOS EGRESO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1	BLEFARITIS		H01.0	X	
2					
3					
4					
5					
6					

sdfgsdfgsdf

NOMBRES		ESPECIALIDAD	CÓDIGO	PERIODO	DE RESPONSABILIDAD
1	SALAZAR COBA SANTIAGO DAVID	TERAPIA INTENSIVA	29		
2					
3					
4					

ALTA DEFINITIVA	X	ASINTOMÁTICO		DISCAPACIDAD MODERADA		RETIRO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MENOS DE 48 HORAS		DÍAS DE ESTADA	-5
ALTA TRANSITORIA		DISCAPACIDAD LEVE		DISCAPACIDAD GRAVE		RETIRO NO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MAS DE 48 HORAS		DÍAS DE INCAPACIDAD	0
FECHA	06/10/2020	HORA	14:25	NOMBRE DEL PROFESIONA	Dña. ADMINISTRADOR ADMINISTRADOR		1	FIRMA		NUMERO DE HOJA	2