 

| NOMBRE DEL PACIENTE: {nombrePaciente | upper} | | | No. DE CUARTO: | | FECHA: {fechaIngreso} | | HORA: {horaIngreso} |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EDAD: {edad} | FECHA DE NACIMIENTO: {fechaNacimiento} | | | SEXO: {genero | upper} | | EDO CIVIL: {edoCivil | upper} | |
| DOMICILIO: {direccion | upper} { colonia | upper} {codigoPostal} | | | | | COL: {colonia | upper} | | |
| TELEFONO: {telefono} | | PART. SI NO OTROS: | | | | | |

| FORMATO DE INGRESO: | | |  | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DEAMBULACIÓN: | SI |  | NO |  | AMBULANCIA: | SI | NO | OTROS: |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| CONCIENTE: SI |  | NO |  | ESTUPOROSO: | | SI | NO | INCONCIENTE: | SI | NO |



| SIGNOS VITALES: | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| HORA |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PULSO |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| T / A |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RESPIRACIÓN |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TEMPERATURA |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SAT O2 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GALS |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |











CENTRO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN PRIVADO DE HERMOSILLO, S.C. es responsable del tratamiento de sus datos personales, con domicilio en MARIANO ESCOBEDO No. 163 B COL. SAN BENITO, HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO. Los datos que solicitamos serán utilizados para las siguientes finalidades: Prestación de los servicios de atención médica y hospitalaria, así como para el efectivo cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones derivadas de la relación entre los diversos servicios profesionales, técnicos y auxiliares de la salud que intervengan en dichos servicios, tales como médicos tratantes, interconsultantes, personal de apoyo a los mismos, empresas prestadoras de servicios subrogados, y de las subsidiarias, afiliadas o de las sociedades que forme parte de este Hospital. Si requiere mayor información puede acceder a nuestro aviso de privacidad completo a través de [www.hsanbenito.com](http://www.hsanbenito.com/) [<http://](http://www.hsanbenito.com/)w[ww.hsanbenito.com](http://www.hsanbenito.com/)> o en el domicilio de nuestro Hospital arriba mencionado.



| ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: |  | ALERGÍAS: |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |













**CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA**

Hermosillo, Sonora, lunes, 22 de julio de 2024

Nombre del Paciente: {nombrePaciente | upper} 

Representante Legal: {nombreRepresentante | upper}

Doy mi consentimiento para ingresar a Hospital San Benito Centro de Atención, Diagnóstico Y Rehabilitación Privado de Hermosillo S.C. y recibir la atención necesaria en el SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA INMEDIATA, por parte del

Dr. y su equipo de trabajo. Así mismo, autorizo se me

realice en caso de ser requerido estudios paraclínicos, tales como ultrasonido, rayos x, laboratorios, transfusiones sanguíneas, uso de equipos especiales como endoscopio, laparoscopio, entre otros, que sólo se realizará mediante la indicación del médico tratante; de los cuales declaró hacerme responsable de los gastos extras que conlleva.



Nombre y Firma de Paciente o Representante Legal

Nombre y Firma de Testigo

CENTRO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN PRIVADO DE HERMOSILLO, S.C.

Escobedo 163 -B, entre San Luis Potosí y Fronteras, Col. San Benito, Tel. 210-32-54 y 210-32-63 Fax 210-91-42 Hermosillo, Sonora