

	Título: HOJA FRONTAL	CÓDIGO	
		REG-DSA-HMN-TRS-02	
		Fecha de Revisión:	10-Octubre-2022
		N° de Revisión:	04
		Tiempo de Retención:	1 Año
		Elaboró:	Jefe(a) de Trabajo Social
Aprobó:	Director del HMN		

Fecha de Ingreso:

Hora de Ingreso:

No de Registro:

Nombre:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Dx Inicial: _____

AUTORIZO AL PERSONAL DEL HOSPITAL MUNICIPAL DEL NIÑO A REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS QUE SEAN NECESARIOS PARA PROMOVER, PROTEGER Y REGULAR LA SALUD DE MI PACIENTE.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____