



INFORME ESTADISTICO DE EGRESO DE HOSPITALIZACION

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE	FECHA.....	10	10	1987	N° de Asegurado	871010MMR
		DIA	MES	AÑO	Beneficiario	ID
	MAMANI		MONTOKA		ROMMEL	
	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
	Edad cumplida:.....		Estado civil:.....			
	CAJA NACIONAL DE SALUD REGIONAL POTOSI		05-730-00031			
	Empresa donde trabaja		N° Patronal			
	Ocupacion Actual:.....					
	Unidad Sanitaria de origen:.....					
	Diagnostico:.....					
A pedido Del Dr.:..... clave:.....						
DATOS DE INGRESO	Hospital(Clinica):.....					
	Con fecha		25	09	2022	A horas:.....
			DIA	MES	AÑO	
	Servicio de:.....					
	Diagnostico al ingreso:.....					
	TRANSFERENCIA INTERNAS					
	El Dia:.....		Al servicio de:.....			
	El Dia:.....		Al servicio de:.....			
	El Dia:.....		Al servicio de:.....			
	DATOS DE ALTA	Con fecha		30	09	2022
		DIA	MES	AÑO		
Diagnostico al egreso(el de mayor importancia).....						
F60.6 - TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANSIOSA (EVASIVA, ELUSIVA)						
CAUSA EGRESO						
ALTA MEDICA <input type="checkbox"/> TRANS. EXTERNA <input checked="" type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> MUERTE INSTITUCIONAL <input type="checkbox"/>						
MUESTRE NO INSTITUCIONAL <input type="checkbox"/> ALTA SOLICITADA <input type="checkbox"/> INDICIPLINA <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>						
CONDICION AL EGRESO						
CURADO <input type="checkbox"/> MEJORADO <input checked="" type="checkbox"/> MISMO ESTADO <input type="checkbox"/> INCURABLE <input type="checkbox"/> NO TRATADO <input type="checkbox"/>						

EN CASO DE MUERTE

Causa Clínica:.....

.....

Causa Anatomía(Autopsia).....

.....

.....

EN CASO DE QUE EL PACIENTE HAYA SIDO INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE

Con fecha

--	--	--

 A horas:..... El paciente ha sido operado

DIA MES AÑO

Cirujano Dr.:..... Clave:.....

Tipo de anestesia:.....

Anesteseólogo Dr.:..... Clave:.....

Por el Técnico Anestesista:

Fecha de Parto

--	--	--

 A horas

DIA MES AÑO

Parto:

Eutócico ☐ Distócico ☐ Cesarea ☐

Aborto:

Completo Espontáneo ☐ Incompleto Tratamiento Instrumental ☐ Amenazas ☐ Otros ☐

ENFERMEDAD OBSTETRICIA:

En Curso de Embarazo:.....

.....

Post - Partum:.....

.....

Estado al nacer:.....

.....

RECIENTE NACIDO	HOMBRE	MUJER
VIVOS		
MUERTOS		

PESO AL NACER

..... Kgms.

..... Kgms.

CONDICION AL EGRESO AMBOS SEXOS
VIVOS N°
MUERTOS N°

FIRMA DEL JEFE DE FICHAJE (ESTADISTICA)

NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO