



FICHA DE INTERNAMENTO

DATA E HORA

10/10/2014 10:12

DADOS DO PACIENTE

* Nome do Paciente Patient Name			* Número do Cartão Nacional do SUS 928 9769 5493 0007		
* Data de Nascimento 10/10/2021	* Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	* Nome da Mãe Patient Mother Name			
* Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG 143.838.117-44		* Endereço Completo (Rua, Av., ...) Patient Address			
N°	Bairro	Município City		UF SP	CEP
Nacionalidade Brasileira		* Telefone para Contato (10) 12345-6789		Possui Convênio Suplementar? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Peso Estimado 123

DADOS CLÍNICOS

* Alergias Medicamentosas/Alimentar 'Patient', 'Drug', 'Allergies'
* Comorbidades/Doenças Prévias 'Patient', 'Comorbidades'
* História da Doença Atual/Exame Físico Current Illness History
* Suspeita Diagnóstica Inicial (CID) Initial Suspicion

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

--

* Nome do Médico Responsável Doctor Name
* CNS do Médico Responsável 928 9769 5493 0007
* CRM do Médico Responsável CRM/UF 123456