

**[PRO.NOMCLINICAS]**

**[pro.direccionclinica]**

[onshow.x;ope=changepic]

**HOJA DE INGRESO/REINGRESO**

Hora: **[pro.hora]**

No. Exp.: **[pro.numex]**

Fecha de ingreso**: [pro.fechaingreso]**

**1. Datos del usuario**

Estado civil: **[pro.estadocivil]**

Sexo: **[pro.sexo]**

Nombre completo del usuario: **[pro.nompaciente]**

Dirección: **[pro.direccion]**

Ocupación:**[pro.ocupacion]**

Escolaridad: **[pro.escolaridad]**

Nacionalidad: **[pro.nacionalidad]**

Telefono: **[pro.telefono]**

Edad: **[pro.edad]**

Fecha (s): **[pro.fechaant]**

¿Cuántos ingresos previos ha tenido en el establecimiento? **[es]**

Fecha de nacimiento: **[pro.fechanacimiento]**

Cuál? **[nomrefinstitucion]**

¿Lo refiere alguna institución? (**[i1]**) Si (**[i2]**) No

¿Presenta hoja de referencia? (**[h1])** Si (**[h2]**) No (en caso afirmativo anexar al expediente)

Tipo de ingreso actual: (**[v1]**) Voluntario (**[v2]**) Involuntario (**[v3]**) Obligatorio­­

2: Descripción breve del estado de salud general del usuario: **[pro.estadosaluddes]**

Folio del M.P **[folio mp]**

Operador(a) **[operador]**

**2: Motivo de la Consulta:** **[pro.motivo]**

**3. Datos del familiar o representante legal**

Ocupación: **[pro.ocupacionr]**

Teléfono (s): **[pro.telefonor]**

Edad: **[pro.edadr]**

Dirección: **[pro.direccionrepresentante]**

Parentesco: **[pro.parentesco]**

Nombre: **[pro.nomrepresentante]**

**Nombre y Firma del Familiar**

**o Representante Legal**

**Nombre y Firma del Usuario**

**Nombre y Firma del Representante Legal de**

**[pro.nomrepresentante]**