



CONSENTIMIENTO GENERAL DE INTERNACIÓN.

Chajarí (E.R.) / / 20

1. Yo, , por el presente consiento la internación en Clínica de la Unión que fuera requerida por el Dr ; con el fin de efectuar el -estudio y tratamiento - intervención quirúrgica - otros (tachar lo que no corresponde) conocida como:
2. Entiendo y autorizo que, en el caso de ser necesario, el seguimiento clínico o quirúrgico de mi dolencia sea realizado por diferentes profesionales dependientes de la Institución o de mi médico de cabecera.....
3. Se me ha explicado la naturaleza y objetivo de lo que se me propone, incluyendo los riesgos significativos y alternativas disponibles de acuerdo a la dolencia que me aqueja.....
4. También autorizo por la presente la realización de todo procedimiento, tratamiento o intervención adicional o alternativa que resulten recomendables para el estudio y/o tratamiento de mi afección y/o de alteraciones adicionales que se detecten durante la presente internación; incluyendo la prueba diagnóstica para la detección del H.I.V. A su vez, se me ha asegurado la confidencialidad de los resultados, como así también el debido asesoramiento, en el caso de que se confirme que el resultado del análisis sea positivo.....
5. Dejo constancia que no se me ha prometido resultado o garantía de ninguna índole con respecto al éxito del procedimiento a realizar, y reconozco que la medicina es una ciencia biológica; y como tal sujeta a provocar diferentes reacciones en distintos pacientes ante idénticos estudios, tratamientos o medicación.....

Firma del Paciente:

Documento:

Aclaración:

Domicilio:

SI EL FIRMANTE NO ES EL PACIENTE COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la autorización brindada en el presente consentimiento es realizada en nombre del paciente (apellido y nombre), quien es un menor/incapaz de años de edad y yo/nosotros el/los firmante/s manifiesto/amos ser el/los parentesco/s, tutor/es o encargado/s, y por la presente autorizo/autorizamos la internación dentro de las pautas detalladas más arriba.-

Firma:

Documento:

Domicilio:

Aclaración:

Parentesco:



Clínica de la Unión

Tel: (03456) 421985/422000 - Tel.Fax: (03456)421303
Avda. Siburu 1085 - (3228) - Chajari - Entre Ríos

HC. N°

Afil. N°

O. Social

IDENTIFICACION Y DIAGNOSTICO

APELLIDO Y NOMBRE				MASCULINO <input type="checkbox"/>	FEMENINO <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	FECHA NAC. <input type="text"/> / <input type="text"/>	LOCALIDAD: <input type="text"/>	PROVINCIA <input type="text"/>	DOCUMENTO <input type="text"/>	
NOMBRE DE LA MADRE <input type="text"/>				L.C. N° <input type="text"/>	
FECHA	DOMICILIO HABITUAL DEL PACIENTE				TELEFONO <input type="text"/>
RECIEN NACIDO	FECHA: <input type="text"/>	HORA: <input type="text"/>	SEXO: <input type="text"/>	PESO <input type="text"/>	
NOMBRE Y DIRECCION DEL FAMILIAR (Allegado ó Responsable) <input type="text"/>					TELEFONO <input type="text"/>
Lugar de trabajo: Domicilio - N° Tel. <input type="text"/>					
ORDEN INTERNAC.	SERVICIO	FECHA INGRESO	FECHA EGRESO	DIAGNÓSTICO	COSTO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					



Clínica de la Unión S.A.

Tel: (03456) 421985 - TeleFax: (03456) 421303
Avda. Siburu 1085 (3228) Chajari - E. Ríos

ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO

Mutual:

Afiliado Nº

Apellido y Nombres:		N.C. Nº
Peso:	Estatura:	Presión Sanguínea:
Edad:	Domicilio:	Médico de Cabecera:
ORDENAMIENTO A- ANAMNESIS 1- Motivo de Consulta 2- Enfermedad Actual 3- Anteced. Patológicos a) Infancia b) Adulto c) Operaciones d) Traumas 4- Anteced. Familiares 5- Socio - Económicos B- EXAMEN FISICO 1- Examen General 2- Piel 3- Cráneo - Ojos - Oídos Nariz - Garganta 4- Cuello 5- Aparato Respiratorio 6- Aparato Cardiovascular 7- Aparato Gastrointestinal 8- Aparato Genitourinario 9- E. Ginecológico 10- Aparato Locomotor 11- Exa. Neuropsiquiátrico C- DIAGNOSTICO 1- Firma 2- Fecha	FECHA DE INGRESO: FECHA DE EGRESO: DIAGNOSTICO AL INGRESO:	



CLÍNICA DE LA UNIÓN S.A.

Apellido:..... Nombre:.....

H.C..... O.Social.....



CLÍNICA DE LA UNIÓN S.A.

Apellido: Nombre:

EPICRISIS



Clínica de la Unión S.A.

FOJA QUIRÚRGICA

Apellido y NOMBRES:	EDAD	H.C.Nº:
---------------------	------	---------

CIRUJANO:..... 1ER. AYUDANTE:.....

2do. AYUDANTE:..... ANESTESISTA:.....

FECHA: / / HORA: OPERACIÓN COMENZÓ HS. TERMINÓ HS.

ORDENAMIENTO

1. DIAGNÓSTICO PREOPERATORIA
2. DIAGNÓSTICO POSOPERATORIA
3. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
4. OPERACIÓN y HALLAZGOS
5. FIRMA



Clínica de la Unión S.A.

HOJA INDICACIONES MEDICAS



CLÍNICA DE LA UNIÓN S.A.

Apellido:..... Nombre:.....

Alergia.....Precauciones:.....

Baño pre-quirúrgico: Si..... No.....



CLÍNICA DE LA UNIÓN S.A.

Tel.: (03456) 421985/422000 - Tel.Fax (03456) 421303

Ayda, Siburu 1085 (3228) Chajari - E. Ríos

HOJA N°

HOJA DE SIGNOS VITALES

Nombre del Paciente: Médico: Habitación:



CLÍNICA DE LA UNIÓN S.A..

Apellido: Nombre:

Edad: Ingresa: Día Mes Año

Obra social : Diagnóstico :