



Cuidamos de Ud

# 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.	LOCALIDAD:	PROVINCIA		
	/ /	LUGAR DE NACIMIENTO	DOCUMENTO		
NOMBRE DE LA MADRE				L.C. N°	
FECHA	DOMICILIO HABITUAL DEL PACIENTE				TELEFONO
RECIEN NACIDO	FECHA:	HORA:	SEXO:	PESO	
	Pediatra:				
NOMBRE Y DIRECCION DEL FAMILIAR (Allegado ó Responsable)				TELEFONO	
Lugar de trabajo: Domicilio - N° Tel.					
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					



## "CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS"

Art. 19 Ley 17.132 - Art. 13 Ley 24193

Chajarí (E.R.) ..... / ..... / 20 .....

1. Yo ..... por la presente autorizo al Dr. ..... y a su equipo quirúrgico a realizar una intervención Quirúrgica conocida como ..... , que se realizará el día ..... / ..... / ..... en Clínica de la Unión.
2. La intervención enunciada en el punto 1º me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
- a) En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
  - b) Las complicaciones que pueden originarse en intervenciones quirúrgicas de (especialidad) ..... son similares a las de cualquier otro tipo de operación, y podrán ser tales como: inflamación, decoloración de la piel, hematoma, seroma, trastornos de la conducción nerviosa periférica, tejido cicatrizal anormal, infección, necrosis, hiperpigmentación, hemorragias, fistulas, otras: ..... , etc.; así como las complicaciones propias de la anestesia.
3. Reconozco que durante el curso de la operación condiciones imprevistas pueden necesitar condiciones extras o diferentes a las acordadas anteriormente; por lo tanto, autorizo y requiero que el Cirujano antes nombrado, o quien el designe, realice las intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo procedimientos tales como estudios anatómo patológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. La autorización concedida bajo este punto 3º se extenderá para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación. Así también autorizo a que el Cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.
4. Doy consentimiento a la administración de anestesia aplicada por o bajo la dirección del cirujano o de anestesistas por él seleccionados y a usar dichas anestesias como se crea conveniente para mi confort y beneficio, estando también en conocimiento de las posibles complicaciones propias del procedimiento.
5. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.
6. Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después del tratamiento, siendo este material propiedad del Cirujano y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas para propósitos médicos o educacionales.
7. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, que me será otorgada aproximadamente a los ..... días del acto quirúrgico, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.



**Clínica de la Unión S.A.**

Avenida Siburu 1085 -(3228) Chajarí - E. Ríos

## 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:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

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 parente/s, tutor/es o encargado/s, y por la presente autorizo/autorizamos la internación dentro de las pautas detalladas más arriba.-

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

Parentesco:.....

Domicilio:.....



**CLÍNICA DE LA UNIÓN S.A.**

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

## ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO

Mutual:

Afiliado N°

Apellido y Nombres:	N.C. N°
---------------------	---------

<u>Peso:</u>	<u>Estatura:</u>	<u>Presión Sanguínea:</u>
<u>Edad:</u>	<u>Domicilio:</u>	<u>Médico de Cabecera:</u>

<b>ORDENAMIENTO</b>  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- Craneo - 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		<u>FECHA DE INGRESO:</u>  <u>FECHA DE EGRESO:</u>  <u>DIAGNOSTICO AL INGRESO:</u>
--	--	---



# 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.

## **HOJA INDICACIONES MEDICAS**



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.

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

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

Baño pre-quirúrgico: Si..... No.....



# CLÍNICA DE LA UNIÓN S.A.

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

HOJA N°

## HOJA DE SIGNOS VITALES

Nombre del Paciente: ..... Médico: ..... Habitación: .....

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



# Clínica de la Unión S.A..

Edad..... Ingresó Día ..... Mes ..... Año .....

Obra social : ..... Diagnóstico : .....