

DATOS GENERALES DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA INGRESO: 15/09/18	HORA: 12+30	PERSONA QUE REALIZA INGRESO: Angelica Cuz Ayala.
-------------------------	-------------	--

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

TIPO DOCUMENTO: CC	NUM.DOC: 39.645243	GENERO: Femenino.		
PRIMER APELLIDO: Rueda	SEGUNDO APELLIDO: Onzco	PRIMER NOMBRE: Ana	SEGUNDO NOMBRE: Maria	EDAD: 53 años
FECHA DE NACIMIENTO: 15 / Marzo / 1965		LUGAR DE NACIMIENTO: Cartagena (Bolívar).		
ESTADO CIVIL: Soltera		OCUPACION: Hogar		
DIRECCION: Cra 2 # 15-90		TELEFONO: 3123462017		RANGO EPS: A.
EPS: Santas	BENEFICIARIO: X.	COTIZANTE	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO
IPS QUE REMITE: Hospital Universitario Nacional.				

DATOS DEL RESPONSABLE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

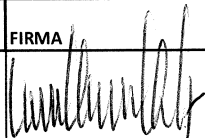
NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Katherine Alvarez	1012371200		3045765409
PARENTESCO: Hija.	OCUPACION: Estudiante.	DIRECCION: Cra 2 # 15-90	
CORREO ELECTRONICO: No Refiere.			


NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO CEL
Daniel Alvarez			3123462017
PARENTESCO: Hijo.	OCUPACION:	DIRECCION:	
CORREO ELECTRONICO:			
# 121648			

MEDICAMENTOS QUE ENTREGA

MEDICAMENTO	CANTIDAD

HABITOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE

PROFESIONAL QUE INGRESA AL PACIENTE	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA	REGISTRO MEDICO
Una Maria Melo	M. General	105408477		105408477

	FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOPITALIZACION		
	FR – HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 01
		Actualización: - / - / -	Página 3 de 3

DISENTIMIENTO

Después de haber recibido la información, de haber preguntado decido no hospitalizar a

_____ Con CC. N. _____

Conozco y me fueron explicados los riesgos de no aceptar la hospitalización y asumo la responsabilidad de llevarme a mi familiar

Firma del paciente	Nombre del paciente
CC. N. _____	

Firma del testigo o responsable del paciente	Nombre del testigo o responsable del paciente
C.C. N. _____	

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los _____ días del mes de _____ del año _____

Nombre del médico	Firma y Sello
C.C. N. _____	Registro profesional _____