

FICHA DE REVISION DE EXPEDIENTE CLINICO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

OTRO NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **SEXO:** _____ **EDAD:** _____

EXPEDIENTE N° _____ **HOSPITAL:** _____

SALA DONDE FUE DADO DE ALTA: _____

FECHA DE INGRESO: _____ **FECHA DE EGRESO** _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

NOMBRE DEL MADRE: _____

SI ES DEL SEGURO SOCIAL **AFILIADO:** () **BENEFICIARIO:** ()

NOMBRE DEL HOSPITAL Y DEL MEDICO PRIVADO:

DATOS DE INTERES A INVESTIGAR:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Nota: Si el médico solicitante no llena estos datos, esta hoja será devuelta.

NOMBRE DEL MEDICO QUE SOLICITA LA REVISION: _____