

Fecha:

Check List

Nombre Paciente: _____ Episodio _____

Admision paciente Adulto o Pediatrico	Estado	Descripciones
Registro de admision	<input type="checkbox"/>	va en la ficha al piso
Fotocopia de Cedula de Indentidad paciente	<input type="checkbox"/>	sacar 2 copias, una va a la ficha y otra al pagare (siempre que paciente firme pagare)
Orden de hospitalizacion	<input type="checkbox"/>	todo paciente que ingrese a cirugia debe traerlo
Presupuesto de la Clinica	<input type="checkbox"/>	todo paciente que ingrese a cirugia por libre eleccion debe traerlo
Egreso hospitalario	<input type="checkbox"/>	se debe sacar de sistema
Pagare	<input type="checkbox"/>	firma debe ser lo mas parecida a la del carnet de identidad
Fotocopia de Cedula de identidad de quien firma pagare	<input type="checkbox"/>	siempre fijarse que cedula este vigente y con visa permanente en caso de ser extranjero
Mandato	<input type="checkbox"/>	firma debe ser lo mas parecida a la del carnet de identidad
Aceptacion de Habitacion	<input type="checkbox"/>	se solicita siempre
Rechazo de habitacion	<input type="checkbox"/>	se solicita siempre
Brazalete de identificacion	<input type="checkbox"/>	debe ir con los datos correctos (verificar con carnet de identidad)
Formulario de Declaracion de accidentes	<input type="checkbox"/>	se solicita a todo paciente traumatologico y de otorrino si es por fractura nasal
Cheque prepaga tu cirugia	<input type="checkbox"/>	se solicita a pacientes consalud bajo esta modalidad
Bono Pad	<input type="checkbox"/>	se solicita a pacientes fonasa bajo esta modalidad
Formulario N°2 Ges	<input type="checkbox"/>	se solicita a pacientes isapre bajo esta modalidad
Declaracion de opcion por modalidad de atencion	<input type="checkbox"/>	se solicita a pacientes fonasa que opten por libre eleccion
Formulario Caec	<input type="checkbox"/>	se solicita a pacientes isapre bajo esta modalidad
Notificacion Ley de Urgencia	<input type="checkbox"/>	Todo paciente que ingrese bajo esta modalidad debe ingresar con esta notificacion
Carta de Resguardo	<input type="checkbox"/>	se solicita a pacientes fonasa o en convenio bajo esta modalidad

- Certificación Fonasa
- Salvoconducto Hospitalizados
- Toma de conocimiento Hospitalizados

En Carpeta que va a piso debe ir:

Copia de Carnet de Identidad de paciente

Hoja de Admision

Orden de Hospitalizacion

Egreso Hospitalario

Carnet de identidad

Pacientes GES, CAEC y BONO PAD

Pagare

Traslados internos

Fecha de Nacimiento

Sexo de paciente (hombre-mujer)

siempre verificar datos personales de sistema con Cedula de identidad

se deben hospitalizar en habitacion doble

solo puede ser firmado por un mayor de edad con cedula vigente y permanencia definitiva

al realizar cambio de paciente de unidad no olvidar cambiar la categoria de tratamiento

siempre verificar que datos sean los mismo del carnet de identidad

siempre verificar que informacion que se encuentra en sistema sea la correcta

Aseguradoras

Cruz blanca

Colmena

Consalud

Fonasa

Mas Vida

900003

900013

900006

900001

900007

Responsable Admision: _____

EPISODIO N°:

**TOMA DE CONOCIMIENTO
RESTRICCIÓN DE VISITAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS**

Considerando la contingencia sanitaria por la pandemia Covid -19 y para mejorar la protección de pacientes hospitalizados y del personal clínico que les atiende; dispone, a contar del día 01 de Abril la restricción de visitas a todos los pacientes hospitalizados en ella, que consistirá en el ingreso solamente de una persona individualizada en este documento.

Durante la aplicación de esta medida y preocupados de cumplir con lo dispuesto en la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes de los pacientes a propósito de su atención de salud; es que, durante la presente contingencia, los pacientes hospitalizados podrán mantener comunicación con sus familiares, a través de los medios que su condición médica permita.

Para ingresar a la clínica u obtener información acerca de la evolución de los pacientes hospitalizados, el paciente o su apoderado, junto con tomar conocimiento del presente documento; deberán registrar los antecedentes de la persona autorizada para el acceso a la clínica y visitar al paciente, en los horarios definidos que se comunicarán en informativo adjunto.

Registro de nombre familiar o visita autorizada para ingresar:

- Nombre:
- Rut:
- Teléfono:

Firma del paciente

Nombre:
RUT:

Firma de apoderado

Nombre de apoderado:.....
RUT:

Fecha:

EPISODIO N°:

ACEPTACIÓN DE HABITACIÓN

Mediante la presente, yo _____ C.I.

_____, acepto la habitación asignada en el Servicio de Admisión

Doy fe que he sido informado del valor cama habitación y que estoy en conocimiento de mi elección de Atención de Modalidad Libre Elección (MLE).

☐

Habitación Individual

☐

Habitación Pluripersonal

☐

Habitación Transitoria

En caso de requerir internación, acepto la habitación correspondiente a mi plan de salud o modalidad libre elección. Exceptuando pacientes **Ges** o **Caec**, **Bonos PAD** y **Cheque Consalud**.

☐

Habitación Individual

☐

Habitación Pluripersonal

Firma paciente o representante legal

Santiago, ____ de _____ del _____.