

Hospital Carlos Van Buren

Ingreso Hospitalario Nro. 30064

PACIENTE: JACQUELINE () VIELMA MANCILLA

R.U.T.:	9946351-1	COD. INTERNO:	905210	FICHA:		PASAPORTE:	
FECHA NAC.:	04/07/2005	EDAD:	14 Año(s)	EDAD EST.:		SEXO:	Mujer
TUTOR:				PREVISION:	FONASA B		
REGION:	REGIÓN DE VALPARAÍSO			COMUNA:	Valparaíso		
Dirección:	21 NORTE						
COB.ADIC:	Sin Coberturas Adicionales						

DATOS DE ADMISION

RESPONSABLE:	FRANCISCA BEIZA VIELMA	TIPO URGENCIA:	INFANTIL
PROCEDENCIA:	VIA PUBLICA	MEDIO TRANSPORTE:	AMBULANCIA
CAUSAL CONSULTA.:	PARTO	COND. EPISODIO:	
MOTIVO CONSULTA:	prueba		

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	CODIGO	TIPO	DESCRIPCION	COMPLEMENTO DE DIAGNOSTICO	RESPONSABLE	FECHA
SI	A52.7	Sospecha	OTRAS SIFILIS TARDIAS SINTOMATICAS		SAMUEL SILVA DÍAZ	01/04/2020 17:35:08

HISTORIAL ANAMNESIS

DESCRIPCION	RESPONSABLE	FECHA	ESTAMENTO
SDFGHGFDS	FRANCISCA BEIZA VIELMA	01/04/2020 13:36:55	MÉDICO CIRUJANO
hola	SAMUEL SILVA DÍAZ	01/04/2020 17:35:08	MÉDICO CIRUJANO

HISTORIAL EXAMEN FISICO

DESCRIPCION	RESPONSABLE	FECHA	ESTAMENTO
SDFGHGFDS	FRANCISCA BEIZA VIELMA	01/04/2020 13:36:55	MÉDICO CIRUJANO
chao	SAMUEL SILVA DÍAZ	01/04/2020 17:35:08	MÉDICO CIRUJANO

INDICACIONES MEDICAS Y ESTADO

ESTADO	FECHA	TIPO	FUNCIONARIO	INDICACION
--------	-------	------	-------------	------------

Hospital Carlos Van Buren

Ingreso Hospitalario Nro. 30064

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO AL HOSPITAL

1.- UD ha ingresado al Hospital, establecimiento de alta complejidad perteneciente al Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA), que a su vez es parte de la Red Nacional de Salud.

2.- Para su mejor atención de salud, el Servicio de Salud dispone de camas de menor y mayor complejidad en diferentes establecimientos de la Red y Macrored para derivación oportuna. Le informamos que usted puede ser trasladado por decisión médica a uno de estos establecimientos, de acuerdo al criterio clínico y a su condición de salud. Se tratará de privilegiar su derivación a un hospital de acuerdo a su comuna de residencia.

CONSECUENCIAS SEGURAS

1.- Recibirá los mismos tratamientos y cuidados que tendría en el Hospital.

2.- Su traslado permitirá completar la evolución de la enfermedad.

3.- De requerir reingresar en el Hospital, se le garantiza el ingreso.

4.- El Hospital, es un Hospital en el que se llevan a cabo actividades Docentes Asistenciales y de Investigación, Ud. es libre de participar o no en el protocolo de investigación y tiene derecho a recibir toda la información disponible sobre los mismos.

5.- El personal así como los docentes y alumnos se identificarán, otorgarán un trato digno y respetuoso, resguardarán su privacidad y mantendrán la completa confidencialidad y manejo ético de la información contenida en su Historia Clínica. Así como será informado de su diagnóstico y tratamiento requerido.

6.- Durante su hospitalización, usted puede ser visitado o acompañado por un familiar cercano, de acuerdo con las normas establecidas para estos efectos.

7.- Será informado verbalmente y por escrito cuando usted o su familiar requiera ser intervenido quirúrgicamente, ingresado a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o sometido a procedimientos complejos, en tales casos además será informado de los potenciales riesgos y complicaciones que estos procedimientos involucren.

8.- El Hospital no discrimina en relación a creencias religiosas, etnias, opción sexual ni cualquier condición del paciente.

9.- Usted puede realizar sugerencias o formular reclamos o felicitaciones al Sistema de Salud a través de la Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias (OIRS)

HAGO CONSTAR

De forma expresa que el DR. del Servicio del Hospital me ha informado a mi entera satisfacción de todo lo relativo a mi hospitalización para continuar el proceso de diagnóstico y tratamiento de mi enfermedad

ESTE CONSENTIMIENTO QUE LIBREMENTE OTORGO NO SUPONE NINGUNA RENUNCIA ALGUNA A NINGUNO DE MIS DERECHOS. CONSIDERO QUE HE RECIBIDO LA INFORMACION SUFICIENTE, HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PLANTEAR DUDAS Y QUE ME FUERON RESUELTAS.

Paciente o Representate Legal