

# EPICRISIS



HC

Nombre .....  
(1er. nombre) (2do. nombre) (1er. apellido) (2do. apellido)

Sexo 1-F 2-M ☐ Procedencia: Departamento .....

Raza 1-B 2-M ☐ Zona: 1-Urbana 2-Suburbana 3-Rural ☐

Edad al ingreso  
(en meses hasta los 24 meses)     
Años Meses Días

Unidad  
1-Lactantes ☐  
2-Medicina ☐  
3-Infecciosos ☐

Fecha de ingreso a sala     
Día Mes Año

Fecha de egreso     
Día Mes Año

Días de internación

PD exclusivo al ingreso  
(no corresponde más allá de los 4 meses de edad)  
1-Sí 2-No ☐  
9- No corresponde

CEV vigente  
1-Sí ☐  
2-No ☐  
3- Sí según la madre

Escolaridad correspondiente a la edad  
1- Sí ☐  
2- No ☐  
9- No corresponde

## Diagnóstico definitivo (de la enfermedad que motivó el ingreso)

Otros hallazgos diagnósticos  
1- .....  
2- .....  
3- .....  
4- .....

## Diagnóstico nutricional

1- Eutrófico 2- Desnutrición aguda Al ingreso ☐  
3- Desnutrición crónica 4- Hipoprecimiento Al alta ☐  
5- Desnutrición primer trimestre 6- Obeso

## Infección intrahospitalaria

1- Segura ☐  
2- Probable ☐  
3- No

## Traslados

1- A CTI ☐  
2- A otro servicio ☐

A cuántos días del ingreso a la unidad  A cuántos días regresa a la unidad

## Alta

1- Definitiva ☐  
2- Provisoria ☐  
3- Fuga

## Fallece

1- Sí ☐  
2- No ☐

## Lugar del fallecimiento

1- Unidad ☐  
2- CTI ☐  
3- Otro ☐  
9- No corresponde

A los cuántos días falleció

Si falleció en CTI u otro servicio:  
A los cuántos días del pase

## Necropsia

1- Sí ☐  
2- No ☐  
9- No corresponde

FIRMA

CONTRAFIRMA

Figura 1. Formulario de epicrisis. HPR: Hospital Pereira Rossell; CEV: certificado esquema de vacunación