

	CERTIFICADO DE INTERNACIÓN	FECHA APROBACIÓN: 27/07/2017 VERSIÓN: 001 PÁGINA: 1 DE 1 CÓDIGO: HGDC-ADMS-FORM-CI
	FORMATO	

Unicódigo: 20848

Formulario N° 20____-00001
Año

D.M. Quito,..... (.....) de..... del 20.....
Número Letras Letras Número

Certifico que el/la paciente
 de..... de edad,
Edad en años, meses o días según corresponda
 con documento de identidad N°....., historia clínica
 N°....., se encuentra internado/a en el Hospital General Docente de Calderón
 en la unidad de.....
 desde las::..... (.....) del..... (.....) de..... de 20.....
Hora: Minutos Hora y Minutos en letras Número Letras Letras Número

El diagnóstico de salud por el cual está recibiendo atención médica es:

Ítem	Diagnóstico	Código CIE	Condición del Diagnóstico
1			Presuntivo/Definitivo:

Observaciones:

.....

Firma y sello:

 Nombre Completo del Médico Tratante

 Código M.S.P.

NOTAS EXPLICATIVAS:

1. Llenar todos los espacios del formulario, en caso de que no se sean necesarios determinar No Aplica (N/A).
2. Cualquier alteración, tachón, o corrección invalidan el presente documento.
3. Original entregar al paciente /Copia archivar en Historia Clínica.
4. Este documento es válido únicamente con el número de cédula ecuatoriana o código de diecisiete dígitos asignado, en la sección de documento de identidad
5. Este documento no es válido sin la firma y sello del médico tratante.

