

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

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.

