

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, con documento de identidad N° ....., historia clínica N° ....., fue atendido en el Hospital General Docente de Calderón en la unidad de ..... desde el ..... (.....) de ..... de 20....., hasta el ..... (.....) de ..... de 20..... En el horario desde las ..... (.....) hasta las ..... (.....) horas. (Horario solo en atenciones ambulatorias)

Número Letras Número Letras Número Número Número Letras Número Letras

El diagnóstico de salud por el cual fue atendido es:

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

Por lo que requiere:

1. Reposo: SI/NO

Número de días de reposo autorizados ..... (.....)  
Número Letras  
 Desde el ..... (.....) de ..... de 20 ..... hasta el ..... (.....)  
Número Letras Letras Número Número Letras  
 de ..... de 20.....  
Letras Número

2. Consulta posterior con Médico/a Especialista: SI/NO

3. Otras indicaciones médicas:

Firma y sello:

Nombre Completo del Médico Tratante

N° Formulario 008:

Código M.S.P.

**NOTAS EXPLICATIVAS:**

- Llenar todos los espacios del formulario, en caso de que no se sean necesarios determinar No Aplica (N/A).
- Solo en el caso de consulta ambulatoria aplicará determinar el horario de atención y se lo registrara en formato de 24:00
- Cualquier alteración, tachón, o corrección invalidan el presente documento.
- Original entregar al paciente /Copia archivar en Historia Clínica.
- Este documento es válido únicamente con el número de cédula ecuatoriana o código de diecisiete dígitos asignado, en la sección de número de historia clínica
- Este documento no es válido sin la firma y sello del médico tratante.