



NOTA DE INGRESO

Datos Generales

Nombre del Paciente

Edad

Cama No

Tipo de Paciente

Privado () Aseguranza ()

Sexo

Fecha

Signos Vitales

TA _____

FC _____x'

FR _____x'

TEMP. _____°C

Resumen del Interrogatorio, Exploración Física y Estado Mental:

Resultados de Estudios de los Servicios de Diagnóstico

Tratamiento

Pronóstico

Nombre y Firma de Médico Tratante

Cédula Profesional