

FORMULARIO DE INGRESO

Fecha de ingreso: _____ Fecha estimada de egreso: _____
Secuencia de tratamiento: _____

Rol de visitas: Visita hospitalaria Otro _____

Huéspedes de Casa Beatriz: ___ Paciente ___ Acompañantes.

No. Acompañantes: ___

Información de paciente:

Nombre completo 1er. Apellido 2do. Apellido
Edad: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____
Domicilio: Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____
Dirección exacta: _____

Teléfono Habitación: _____ Celular: _____

Diagnóstico: _____

Unidad que refiere: _____

Información de Acompañante 1:

Nombre completo 1er. Apellido 2do. Apellido
Edad: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____
Parentesco con paciente: Padre Madre Hermano(a) Hijo(a) Tío(a) Abuelo(a) Otro: _____
Domicilio: Misma dirección del paciente Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____
Dirección exacta: _____

Teléfono Habitación: _____ Celular: _____

Información Acompañante 2:

Nombre completo 1er. Apellido 2do. Apellido
Edad: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____
Parentesco con paciente: Padre Madre Hermano(a) Hijo(a) Tío(a) Abuelo(a) Otro: _____
Domicilio: Misma dirección del paciente Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____
Dirección exacta: _____

Teléfono Habitación: _____ Celular: _____

Departamento de Trabajo Social

Paciente: Autosuficiente _____

Nombre del funcionario: _____ Firma y sello _____

Nombre del funcionario: _____ Firma y sello _____