

DECLARACION REFERIDA A LA INTERNACIÓN

Nota: Para ser completado por el Establecimiento Asistencial donde se efectuó la internación.

CUALQUIER INTERNACIÓN DEBERÁ SER COMUNICADA A CREDITOS DIRECTOS O A SURCO SEGUROS DENTRO DE LOS TREINTA DÍAS CORRIDOS DE HABERSE INICIADO.

Por medio de la presente informo:

El/La Sr./Sra. _____, con documento
(Nombre completo del paciente)

de identidad número _____ ha sido internado en _____
(Nombre del Establecimiento Asistencial)

_____ ubicado en _____
(Dependencia) (Dirección del Establecimiento)

el día _____ de _____ de 20____ con motivo de _____
(Descripción de la enfermedad o lesión)

Marque con una cruz, y complete según corresponda.

El paciente ha sido dado de alta el día _____ de _____ de 20____ a las _____ horas.

El paciente permanece internado en nuestra institución.

EN CASO DE HABER SIDO INTERNADO EN TERAPIA INTENSIVA DETALLAR:

Nota: De no haber sido internado en terapia intensiva, no completar este ítem, continuar en sección Fecha y Firma por el Establecimiento Asistencial.

El paciente permanece internado en Terapia Intensiva desde el día _____ de _____ de 20____.

El paciente permaneció internado en Terapia Intensiva desde el día _____ de _____ de 20____, hasta el día _____ de _____ de 20____ a las _____ horas.

El Médico tratante es el/la Dr./Dra. _____.

FECHA Y FIRMA POR EL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

Fecha en: _____, el _____, de _____ de 20____.

Firma

Sello del Establecimiento Asistencial

Aclaración de Firma y Cargo.