

I. DETALLE DE VISITA

UNIDAD HOSPITALARIA _____

FECHA DE INGRESO _____

DIAGNÓSTICO DE INGRESO _____

DG. PROTOCOLO OPERATORIO _____

HISTORIA CLÍNICA ANTERIOR No. _____ No. _____

DATOS IMPORTANTES

RESOLUCIÓN

NOTIFICADO A _____ HORA _____

FECHA _____ FIRMA _____

RESPONSABLE _____

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN
