

Centro Dptal. de Canelones
"Dr. Francisco Soca"

DÍA	MES	AÑO

SOLICITUD DE COMPRA

Nº 07851

Cantidad Solicitada	DETALLE DEL ARTICULO	Presentación

Itau
1

Firma (Proveeduría) _____

Autorización (Administración) _____

Forma de Pago:	Fondo Rotatorio (Contado 15 días)	
	UCA	
	S.I.I.F. (Crédito 60 días)	
	S.I.I.F. (Crédito 90 días)	

②

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTO

129976

HOSPITAL _____

La oficina de admisión de enfermos recibió de la morgue la ficha correspondiente al número arriba indicado, conteniendo la filiación y la impresión digital del fallecido.

APELLIDOS _____

NOMBRES _____

De acuerdo con la ordenanza 232 esta Oficina remitirá dicha ficha a la Corte Electoral.

DIA	MES	AÑO	HORA
			y

RECIBIDO

Empleado que recibió la Ficha

Ministerio de Salud Pública

DEPART. _____
HOSPITAL _____

FALLECIMIENTO		
HORA	DIA	MES
y		AÑO

0129976

1er. Apellido Paterno _____ de 1er. Apellido Materno _____ de 1er. Apellido Paterno del Esposo _____

1er. Nombre _____ 2do. Nombre _____

COLOR _____

CREENCIAL CIVICA
Serie _____
Número _____

FECHA NACIMIENTO		SEXO		EDAD		ESTADO	
Año	Mes	Día	Masc.	Fem.	Unidades	Tipo	Soltero/a
							Casado/a
							Viudo/a
							Divorciado/a

Nombres y Apellidos del padre: _____

Nombres y Apellidos de la madre: _____

Fecha de remisión a la Corte Electoral _____

Firma del empleado que la remite

Impresión digital del Fallecido

Item 2

ORDEN DE COMPRA

0003651

Centro Dptal. de Canelones
"Dr. Drancisco Soca"

U.E. 016

DIA	MES	ANO

SALIDA DE CAJA CHICA

Cantidad	Proveedor	Descripción	Destino	Precio Unit.	Total
		Item 3			

Impresora Sur-Grafi-Tala Ltda. - Tel.: 43152952
- Vía 1 - Blanco/Tesorería - Vía 2 - Color/Servicio

Autorización de Dirección

Conformación Encargado de Servicio

ORDEN DE ANTICIPOS DE VIATICO

(Dec. 819/975 del 28/X/975, Ordenanza 843)

U.E. 016

1) EMISION

1. Unidad Ejecutora Nº _____
2. Lugar y Fecha _____
3. La División Tesorería Central u Oficina de Pagos entregará al Funcionario _____
 _____ C.I. _____
 cuya firma luce al pie, la cantidad de \$ _____
 son (\$ _____)
 cargo Presup. _____ Categoría _____
 Domicilio _____ Nº _____ ; para su permanencia
 En la localidad de _____ por _____ días.

Firma y sello del Funcionario

Firma y sello del Director o Subdirector

2) DIVISION TESORERIA CENTRAL U OFICINA DE PAGOS

1. En esta fecha _____ se entrega a _____
 la suma de \$ _____ (pesos _____)
 equivalente a _____ días de viático a razón de \$ _____ p/día \$ _____
- 1.1 - Incremento zonas balnearias _____ 20% \$ _____ p/día \$ _____
 (Canelones, Maldonado, Rocha)
- 1.2 - Incremento zonas balnearias _____ 40% \$ _____ p/día \$ _____
 (desde el 1º/XII al 30/IV)
- 1.3 - Incremento p/desempeño funciones _____ 30% \$ _____ p/día \$ _____

TOTAL _____ \$ _____

Firma Div. Tesorería Central
U Oficina de Pagos

Firma del Funcionario

IMPORTANTE

- A) Debe ser presentado por el Funcionario en los lugares que concurre para control y firma (ver al dorso)
- B) Dentro de los (5) cinco días hábiles siguientes a su regreso el funcionario deberá rendir cuenta ante la División Tesorería Central u Oficina de Pagos respectiva. El incumplimiento de lo dispuesto determinará la retención correspondiente de sus haberes del viático no retenido.

Item
4

1024
III)

CONTROL DE ESTADIA EN CUMPLIMIENTO DE COMISION

El que suscribe certifica que el titular de esta orden de viático ha desempeñado tareas en esta dependencia, de acuerdo al detalle que sigue:

LOCALIDAD Y DEPENDENCIA	FECHA	HORA		FIRMA Y SELLO
		DESDE	HASTA	

La no inserción de los datos verdaderos se considerará Falta Grave y dará lugar a la aplicación de lo establecido en los arts. 108 y ss. Dec. 107/968

IV) COMPUTO DE TIEMPO

(No se admitirán formularios enmendados)

SALIDA: Fecha Hora REGRESO: Fecha Hora

TOTAL DE DIAS: _____
(en números y letras)

Visto Bueno del Funcionario

Visto del Director o Subdirector

V) RENDICION DE CUENTAS ANTE DIV. TESORERIA CENTRAL U OFICINA DE PAGOS

1.- Viático por _____ días a \$ _____ p/día _____ \$ _____

2.- Menos anticipo División tesorería u Oficinas de Pagos _____ \$ _____

3.- Diferencia a COBRAR (tachar lo que no corresponde) _____ \$ _____
PAGAR

4.- Cobrado/Pagado al funcionario _____

la suma de \$ _____ (pesos _____)
por concepto de ajuste de cuentas.


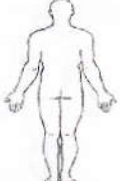
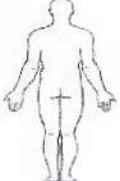
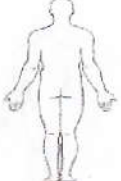
A) INTERVENCION CONTADURIA

B) CONFORME TESORERIA CENTRAL Y DE PAGOS

Firma del Funcionario

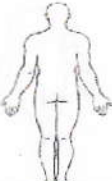
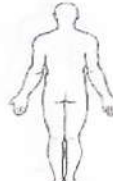

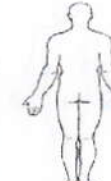
FECHA

DIA	MES	AÑO

TURNO 0 A 6	TURNO 6 A 12	TURNO 12 A 18	TURNO 18 A 24
CONCIENCIA Lucido <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/>	CONCIENCIA Lucido <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/>	CONCIENCIA Lucido <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/>	CONCIENCIA Lucido <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/>
VENTILACION Eupneico <input type="checkbox"/> Disneico <input type="checkbox"/> VEA <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MFL <input type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/> MFC <input type="checkbox"/>	VENTILACION Eupneico <input type="checkbox"/> Disneico <input type="checkbox"/> VEA <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MFL <input type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/> MFC <input type="checkbox"/>	VENTILACION Eupneico <input type="checkbox"/> Disneico <input type="checkbox"/> VEA <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MFL <input type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/> MFC <input type="checkbox"/>	VENTILACION Eupneico <input type="checkbox"/> Disneico <input type="checkbox"/> VEA <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MFL <input type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/> MFC <input type="checkbox"/>
CARDIOVASCULAR PA <input type="text"/> FC <input type="text"/> Dolor TX <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	CARDIOVASCULAR PA <input type="text"/> FC <input type="text"/> Dolor TX <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	CARDIOVASCULAR PA <input type="text"/> FC <input type="text"/> Dolor TX <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	CARDIOVASCULAR PA <input type="text"/> FC <input type="text"/> Dolor TX <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
MUSCULOESQUE. UPP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ulcera MMII <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Herida Op. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	MUSCULOESQUE. UPP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ulcera MMII <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Herida Op. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	MUSCULOESQUE. UPP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ulcera MMII <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Herida Op. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	MUSCULOESQUE. UPP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ulcera MMII <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Herida Op. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ubicación MARQUE 	Ubicación MARQUE 	Ubicación MARQUE 	Ubicación MARQUE 
ELIMINACION Orina / turno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> SV si no <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Moviliza int. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	ELIMINACION Orina / turno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> SV si no <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Moviliza int. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	ELIMINACION Orina / turno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> SV si no <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Moviliza int. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	ELIMINACION Orina / turno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> SV si no <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Moviliza int. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ALIMENTACION Aliment./turno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ingesta liq. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Requirio asist SNG si no <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	ALIMENTACION Aliment./turno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ingesta liq. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Requirio asist SNG si no <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	ALIMENTACION Aliment./turno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ingesta liq. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Requirio asist SNG si no <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	ALIMENTACION Aliment./turno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ingesta liq. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Requirio asist SNG si no <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
HIGIENE B. Ducha si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> B. Cama si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> H.Parcial si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> VVP <input type="checkbox"/> VVC <input type="checkbox"/> Fluidoterapia	HIGIENE B. Ducha si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> B. Cama si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> H.Parcial si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> VVP <input type="checkbox"/> VVC <input type="checkbox"/> Fluidoterapia	HIGIENE B. Ducha si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> B. Cama si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> H.Parcial si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> VVP <input type="checkbox"/> VVC <input type="checkbox"/> Fluidoterapia	HIGIENE B. Ducha si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> B. Cama si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> H.Parcial si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> VVP <input type="checkbox"/> VVC <input type="checkbox"/> Fluidoterapia
Visto x med tratante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especialista	Visto x med tratante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especialista	Visto x med tratante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especialista	Visto x med tratante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especialista

Observaciones:

Item 5

TURNO 0 A 6	TURNO 6 A 12	TURNO 12 A 18	TURNO 18 A 24
CONCIENCIA Lucido <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/>	CONCIENCIA Lucido <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/>	CONCIENCIA Lucido <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/>	CONCIENCIA Lucido <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/>
VENTILACION Eupneico <input type="checkbox"/> Disneico <input type="checkbox"/> VEA <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MFL <input type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/> MFC <input type="checkbox"/>	VENTILACION Eupneico <input type="checkbox"/> Disneico <input type="checkbox"/> VEA <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MFL <input type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/> MFC <input type="checkbox"/>	VENTILACION Eupneico <input type="checkbox"/> Disneico <input type="checkbox"/> VEA <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MFL <input type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/> MFC <input type="checkbox"/>	VENTILACION Eupneico <input type="checkbox"/> Disneico <input type="checkbox"/> VEA <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> MFL <input type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/> MFC <input type="checkbox"/>
CARDIOVASCULAR PA <input type="text"/> FC <input type="text"/> Dolor TX <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	CARDIOVASCULAR PA <input type="text"/> FC <input type="text"/> Dolor TX <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	CARDIOVASCULAR PA <input type="text"/> FC <input type="text"/> Dolor TX <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	CARDIOVASCULAR PA <input type="text"/> FC <input type="text"/> Dolor TX <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
MUSCULOESQUE. UPP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ulcera MMII Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Herida Op. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	MUSCULOESQUE. UPP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ulcera MMII Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Herida Op. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	MUSCULOESQUE. UPP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ulcera MMII Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Herida Op. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	MUSCULOESQUE. UPP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ulcera MMII Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Herida Op. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ubicación MARQUE 	Ubicación MARQUE 	Ubicación MARQUE 	Ubicación MARQUE 
ELIMINACION Orina / turno Si <input type="checkbox"/> SV si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Moviliza int. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	ELIMINACION Orina / turno Si <input type="checkbox"/> SV si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Moviliza int. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	ELIMINACION Orina / turno Si <input type="checkbox"/> SV si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Moviliza int. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	ELIMINACION Orina / turno Si <input type="checkbox"/> SV si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Moviliza int. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ALIMENTACION Aliment./turno Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ingesta liq. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Requirio asist SNG si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ALIMENTACION Aliment./turno Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ingesta liq. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Requirio asist SNG si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ALIMENTACION Aliment./turno Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ingesta liq. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Requirio asist SNG si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ALIMENTACION Aliment./turno Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ingesta liq. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Requirio asist SNG si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
HIGIENE B. Ducha si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> B. Cama si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> H.Parcial si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> VVP <input type="checkbox"/> VVC <input type="checkbox"/> Fluidoterapia	HIGIENE B. Ducha si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> B. Cama si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> H.Parcial si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> VVP <input type="checkbox"/> VVC <input type="checkbox"/> Fluidoterapia	HIGIENE B. Ducha si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> B. Cama si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> H.Parcial si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> VVP <input type="checkbox"/> VVC <input type="checkbox"/> Fluidoterapia	HIGIENE B. Ducha si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> B. Cama si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> H.Parcial si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> VVP <input type="checkbox"/> VVC <input type="checkbox"/> Fluidoterapia
Visto x med tratante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Visto x med tratante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Visto x med tratante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Visto x med tratante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Especialista	Especialista	Especialista	Especialista

Observaciones:



CENTRO DEPARTAMENTAL CANELONES
HOSPITAL DR. FRANCISCO SOCHA
A.S.S.E.

Item
6



75900

DATOS QUE COMPLETA EL MEDICO	FECHA	MARQUE EL SERVICIO DEL QUE PROCEDE EL PACIENTE												
		EMERGENCIA	AMBULATORIO			SALA			CAMA					
	DATOS DEL PACIENTE													
	APELLIDOS							NOMBRE						
	C.I.							FECHA NAC.						
	DOMICILIO							EDAD						
	LOCALIDAD													
	DIAGNOSTICO													
	ESTUDIO SOLICITADO													
	DATOS DE INTERES PARA PODER COORDINAR EL ESTUDIO													
ALERGICO		DIABETICO		HTA		ASMATICO		COORDINADO						
ANTICOAGULADO	SI		NO	PESO		URGENTE								
EL PACIENTE REQUIERE AMBULANCIA				SI		NO								
EL PACIENTE REQUIERE PASAJES				SI		NO								
FIRMA DEL MEDICO							SELLO MEDICO							
COORDINACION DE ESTUDIOS	COORDINACION													
	TELEFONO DEL PACIENTE													
	PROVEEDOR													
	LICITACION		ITEM N°		COMPRA DIRECTA									
	COSTO							FECHA DE REALIZACION						
	DIRECCION							HORA						
NO SE AUTORIZAN ESTUDIOS CUANDO LOS DATOS NO ESTEN COMPLETOS. TENER EN CUENTA QUE LA LETRA S EA CLARA PARA EVITAR ERRORES.														
DIRECCION	AUTORIZACION													
	FIRMA DIRECCION						SELLO DEL CENTRO							

Item
7

--	--	--

NOMBRE _____

Cédula identidad _____

En la Policlínica de Carné de Salud, se ha constatado:

Por los que se solicita CONTROL/EVALUACION medica del
paciente.

Este formulario, debe ser presentado para retirar el Carné de Salud

Hospital

M.S.P. A.S.S.E.
HOSPITAL DE CANELONES

Item
8

Pedido de Realización de Trabajos

SERVICIO DE MANTENIMIENTO

00001

URGENTE

FECHA

Nombre del Solicitante _____

Sector _____ Turno _____ Hora de pedido _____

Trabajo solicitado _____

Firma autorizada

TRABAJO TERMINADO

FECHA

Nombre _____ Turno _____

Observaciones _____

Firma

CENTRO DEPARTAMENTAL CANELONES



HOSPITAL DR. FRANCISCO SOCA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
TARJETÓN INDIVIDUAL PARA MEDICACIÓN Y PLAN DE CUIDADOS

Item
9

Nombre.....C.I.....

Ingreso/...../..... Sala..... Cama..... Médico tratante.....

FECHA	PRESCRIPCIÓN/DOSES	VIA	HORARIO				FIRMA

PLAN DE ATENCIÓN ENFERMERÍA

PLAN DE ATENCIÓN ENFERMERÍA

FECHA	CURACIÓN DE:	FRECUENCIA	HORARIOS	FIRMA
	SNG	VOLUMEN	HORARIOS	FIRMA
	ALIMENTACION			
	EVACUACION			
	SONDA VESICAL	Fecha de colocación	Fecha de proximo cambio	
	Tipo:			
	Control de diuresis	frecuencia	Horarios	
	VVC	Fecha de colocación:		

Item
10



SERVICIO _____ SALA _____ CAMA _____ PACIENTE _____ C.I. _____

DIA	MES	AÑO

INDICACION MEDICA

INDICACION CUMPLIDA

HORARIO

MEDICACION	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

REGIMEN DIETETICO

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

INDICACION CUMPLIDA

CUIDADOS DE ENFERMERIA

INDICACION CUMPLIDA

MEDICO RESPONSABLE N° C.P.

Lic. Enf. RESPONSABLE N° C.P.

Item
11



HEMOTERAPIA

Hospital Dr. Francisco Soca
Centro Dptal Canelones

FECHA ___ / ___ / ___

APELLIDOS _____

NOMBRES _____

C.I. _____

PROCEDENCIA _____

GRUPO ABO

RH

Coombs indirecto:

Coombs directo:

OTROS

TECNICO ACTUANTE

Vía 1 - HISTORIA CLINICA

Formulario N° **7001**

Item
12

**REFERENCIA MEDICA
CONSENTIMIENTO MEDICO**

Nombre del Paciente: _____

Apellidos: _____ Sexo: M F

Cédula de Identidad: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Domicilio: _____

Teléfonos: _____ Persona de Contacto: _____

ACEPTO COMO MEDICO DE REFERENCIA AL DR/A:

Nombre del Médico: _____

Especialidad: _____ Fecha: ___/___/___

Recibí el carné del Adulto Mayor

Firma: _____ Aclaración: _____

Titular Padre Madre Tutor Otro

Cédula de Identidad _____

Informaré a la Institución acerca de todo cambio de domicilio y/o teléfono

Ministerio de Salud Pública

U.E.J. Nº 016

DIA	MES	AÑO

Nombre y Apellido

Nº Carné

RECETA VÁLIDA POR UN SOLO MEDICAMENTO

Rp.

Item
13

Nombre y Apellido

Nº Carné
Profesional

Receta

Arancel

Gratis

A.S.S.E. HOSPITAL DR.FRANCISCO SOCA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Departamento de personal
Control de Salidas Extraordinarias

Iten
14

Funcionario: _____

Oficina: _____

Año: _____

Día	Mes	Causa	Lugar	HORA		FIRMAS	
				Salida	Entrada	Jefe	Control



HOSPITAL DE CANELONES "Dr.FRANCISCO SOCA"

OBSERVACIONES

INTOLERANCIAS

PREFERENCIAS

FECHA DIETA

Item
15

Médico Trat.

Estado dent.

Peso

Edad

Diagnóstico

Nombre

Sala

Cama

Item
16



**HOSPITAL DE CANELONES
Dr. Francisco Soca**

NOMBRES Y APELLIDOS..... C.I.

Sector sala cama

CONSULTA A GUARDIA MEDICA

Item
17



HOSPITAL DE CANELONES
Dr. Francisco Soca

NOMBRES Y APELLIDOS.....C.I:.....

Sector.....sala.....cama.....

REGISTROS DE ENFERMERÍA

FECHA	HORA	REGISTROS	FIRMA N° FUNC.

Item
18



HOSPITAL DE CANELONES Dr. Francisco Soca

NOMBRES Y APELLIDOS..... C.I.

Sector sala cama

INTERCONSULTA CON ESPECIALISTAS

Item
19



Administración de los Servicios de Salud del Estado

HOSPITAL DE CANELONES

Dr. Francisco Soca

NOMBRES Y APELLIDOS.....C.I:.....

Sector.....sala.....cama.....

ESTUDIOS SOLICITADOS

Estudio Solicitado	Fecha Solicitud	Fecha Coordinado	Lugar	Resultado en H.C.

Item
20



HOSPITAL DE CANELONES

Dr. Francisco Soca

NOMBRES Y APELLIDOS..... C.I.

Sector sala cama

EVOLUCION CLINICA

HOSPITAL DE CAÑELONES

Dr. Francisco Sosa

3256



EVOLUCION CLINICA

Item 21



**CENTRO DEPARTAMENTAL DE
CANELONES
HOSPITAL DR. FRANCISCO SOCA**

HOJA DE LABORATORIO

Nombre.....Ci:.....

	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
HB						
HTO %						
VCM						
HbCM						
RETICULOCITOS						
G. BLANCOS						
NEUTROFILOS						
LINFOCITOS						
MONOCITOS						
EOSINOFILOS						
BASOFILOS						
PLAQUETAS						
GLICEMIA						
CETONEMIA						
AZOEMIA						
CREATININEMIA						
NA+						
K+						
CA++						
GGT						
GOT						
GPT						
BT						
BD/BI						
FA						
LDH						
ALBUMINA						
CPK						
MB						
TROPONINA						
GASOMETRIA						
PH						
PO2						
PCO2						
HCO3-						
BE						
T.PROTROMBINA						
INR						
FIBRINOGENO						
DIGOXINEMIA						
COMITOINEMIA						
CARBAMAZEPINEMIA						
OTROS						

Item
22

Nombres y Apellidos..... C. Identidad..... Sector..... Sala..... Cama.....

Fecha																					
Dias internación																					
Antibioticoterapia																					
Turno	N	M	T	V	N	M	T	V	N	M	T	V	N	M	T	V	N	M	T	V	
39																					
38																					
37																					
36																					
35	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Presión Arterial																					
Frecuencia cardiaca																					
Frecuencia respiratoria																					
Saturación O2																					
Hemoglucoest.	D	A	M	C	D	A	M	C	D	A	M	C	D	A	M	C	D	A	M	C	
Diuresis	E	SV	T																		
Deposiciones																					

Nombres y Apellidos..... C. Identidad..... Sector..... Sala..... Cama.....

Fecha	Turno												
Días internación	N	M	T	V	N	M	T	V	N	M	T	V	
Antibióticoterapia													
Turno													
39													
38													
37													
36													
35													
Presión Arterial													
Frecuencia cardiaca													
Frecuencia respiratoria													
Saturación O2													
Hemoglucotest.													
Diuresis													
Deposiciones													