INOT
INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
assesalud

SERVICIO REGISTROS MEDICOS

INDICACIONES MEDICAS

APELLIDOS Y NOMBRES	CAMA	C.I

FECHA	INDICACION MEDICA	HORA	INDICACION CUMPLIDA Y OBSERVACIONES DE ENFERMERIA	FIRMA ENFERMER.

INOT
INSTITUTO NACIONAL
DE ORTOPEDIA
Y TRAUMATOLOGÍA
assesalud

EVOLUCION

Nº Reg.

Nombres _____ Apellidos _____

FECHA	HORA	

INOT
INSTITUTO NACIONAL
DE ORTOPEDIA
Y TRAUMATOLOGÍA
assesalud

RESUMEN DE EGRESO

Nombre: _____ Nº.C.I.: _____

Fecha Ingreso: _____ Fecha de alta: _____

RESUMEN: **TRAUMATÓLOGO, CIRUJANO PLÁSTICO, TERAPIA DEL DOLOR**

INDICACIONES DE ALTA

INDICACIONES DE ALTA

INTERCONSULTAS:

CONTRAREFERIDO A:

INOT
INSTITUTO NACIONAL
DE ORTOPEDIA
Y TRAUMATOLOGÍA
asse

SOLICITUD DE ESTUDIO RADIOLOGICO

PARA ESTE ESTUDIO SOLICITEDIA Y HORA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA PREVIAMENTE A CONCURRIR A REALIZARSE EL MISMO. NO SE REALIZARA EL ESTUDIO SIN COORDINACION PREVIA

FECHA:

NOMBRES Y APELLIDOS	PISO	CAMA	CEDULA IDENTIDAD	EDAD

SERVICIO SOLICITANTE
URGENCIA
POLICLINICA
INTERNACION PISO CAMA

ESTUDIO RADIOLOGICO SOLICITADO
1.
2.

DATOS CLINICOS (EN PACIENTES CON ANTECEDENTES QUIRURGICOS DETALLAR EL TIPO DE INTERVENCION REALIZADA)

SE REALIZO ESTUDIOS RADIOLOGICOS ANTERIORES	SI	NO

FIRMA MEDICO SOLICITANTE	
CONTRAFIRMA Y SELLO MEDICO SOLICITANTE	

INOT
INSTITUTO NACIONAL
DE ORTOPEDIA
Y TRAUMATOLOGÍA
assesalud

TARJETA DE MEDICACION

NOMBRES Y APELLIDOS	PISO	CAMA	CEDULA IDENTIDAD
FECHA INGRESO			

FECHA	PRESCRIPCION/DOSIS	VIA	HORARIO				CONFECCION LIC. ENFERMERIA	FECHA	CORRECCION LIC. ENFERMERIA	FECHA
			N	M	T	V				