**PLANTILLA DE FORMULARIO DE ALTA DEL PACIENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL HOSPITAL | FORMULARIO DE ALTA DEL PACIENTE | **TU LOGO** |
| Calle principal 123 | **NOMBRE DEL PACIENTE** | **FECHA DE ADMISIÓN** |
| Hamilton, OH 44416 |   |   |
| TELÉFONO:  | **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE** | **FECHA DE ALTA** |
| FAX:  |   |   |
| Correo electrónico | **APROBACIÓN DEL MÉDICO** | **FECHA DEL PRÓXIMO CHEQUEO** |
| Telaraña |   |   |
|  |  |  |
| **MOTIVO DE ADMISIÓN** | **DIAGNÓSTICO AL INGRESO** | **RESUMEN DEL TRATAMIENTO** |
|   |   |   |
| **MOTIVO DEL ALTA** | **DIAGNÓSTICO AL ALTA** | **PLAN DE TRATAMIENTO ADICIONAL** |
|   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE** | **MEDICACIÓN** | **DOSIFICACIÓN** | **IMPORTE** | **FRECUENCIA** | **FECHA FINAL** |
| **DIRECCIÓN** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **TELÉFONO** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **FIRMA** | **NOTAS** | **ESTADO DEL PACIENTE** |
|   |   | **DIFUNTO** | **TRANSFERIDO** | **TERMINADO** |
| **FECHA DE FIRMA** |   |   |   |
|   |

|  |
| --- |
| **RENUNCIA**Cualquier artículo, plantilla o información proporcionada por Smartsheet en el sitio web es solo para referencia. Si bien nos esforzamos por mantener la información actualizada y correcta, no hacemos representaciones o garantías de ningún tipo, expresas o implícitas, sobre la integridad, precisión, confiabilidad, idoneidad o disponibilidad con respecto al sitio web o la información, artículos, plantillas o gráficos relacionados contenidos en el sitio web. Por lo tanto, cualquier confianza que deposite en dicha información es estrictamente bajo su propio riesgo. |