

CONSTANCIA DE INTERNACIÓN

*USO EXCLUSIVO DE LA CAJA MÉDICA Y DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS



COMITÉ DE BENEFICIOS

DATOS DE LA INTERNACIÓN DE SALUD

Hospital o Sanatorio: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Localidad: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

DATOS DE LA INTERNACIÓN

Diagnóstico de Ingreso: _____

Diagnóstico de Egreso: _____

Fecha de Ingreso: _____ Hora de Ingreso: _____

Fecha de Egreso: _____ Hora de Egreso: _____

Médico Tratante (Nombre/s y Apellido/s): _____

Especialidad: _____

TIPO DE INTERNACIÓN

Habitación o Sala

Unidad de Terapia Intensiva

Fecha de Expedición de la Constancia: _____

Sello de la Institución

Firma y Sello del Médico Tratante

Fecha