DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

- NOMBRE:_____EDAD_____
- HC/RUN:_____ SERVICIO CLINICO:_____

(ENCIERRE EN CIRCULO SEGÚN RESPUESTA)

- ESTADO CIVIL: Soltero Casado Separado Viudo
- ESCOLARIDAD: Básica Media Superior Sin Escolaridad
- RED APOYO FAMILIAR: Padres Cónyuge/Conviviente Hijos Otros

ANTECEDENTES CLINICOS

- FECHA DE HOSPITALIZACIÓN: Desde_____Hasta: _____
- DIAGNÓSTICO ACTUAL:_____

_____

_____

_____

- RESUMEN DE HISTORIA Y EVOLUCIÓN CLINICA (además debe ajuntar informe con antecedentes clínicos)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

DILEMA ÉTICO
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO O PROFESIONAL TRATANTE
Nombres y Apellidos:_____ Profesión:_____ Correo electrónico:_____ Numero celular (opcional):_____ Firma:_____ Fecha entrega a Comité Ético Asistencial:_____

ENVIAR LOS ANTECEDENTES A SECRETARIA OFICINA CEA CAVRR

Edificio Manque; 2do. Piso

Fono Minsal: 436557

Fono público: 432336557

Correo beatriz.baigorria@ssbiobio.cl