



IV.INGRESO AL HOSPITAL

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: / /  
DÍA MES AÑO

El paciente llego al hospital por:  Referido  Por su cuenta

PESO  Kg TALLA  Mts

SERVICIO DE INGRESO: Urgencias  Consulta externa  Hospitalización

DIAGNÓSTICO AL INGRESO: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

SÍNTOMAS AL INGRESO

Disnea  Dolor precordial  Cianosis  Astenia  Pérdida de peso  Diarrea  Otros ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
Tos  Polipnea  Adinamia  Fiebre  Náusea  Vómito

DATOS RADIOGRÁFICOS

¿Presenta algun hallazgo radiografico caracteristico? SI  NO

¿Cuál? Infiltrados pulmonares bilaterales  Opacidades difusas en "vidrio esmerilado"  Otros ¿Cuál? \_\_\_\_\_

INGRESO A TERAPIA SI  NO  Servicio en el cual se encuentra \_\_\_\_\_

Uso de ventilador mecánico SI  NO

V.- ESTUDIOS DE LABORATORIO

PANEL VIRAL RESPIRATORIO Negativo  Positivo  Microorganismos encontrado \_\_\_\_\_ FECHA DE TOMA: / /  
DÍA MES AÑO

PCR PARA INFLUENZA Positivo  Negativo  FECHA DE TOMA: / /  
DÍA MES AÑO

LEUCOCITOSIS SI  NO  Valor \_\_\_\_\_

OTRAS INFECCIONES DETECTADAS ¿Cuál? \_\_\_\_\_

OTRAS PRUEBAS DE LABORATORIO

¿Cuál? \_\_\_\_\_ FECHA / /  
DIA MES AÑO

¿Cuál? \_\_\_\_\_ FECHA / /  
DIA MES AÑO

¿Cuál? \_\_\_\_\_ FECHA / /  
DIA MES AÑO

VI. EGRESO DEL HOSPITAL

ESTATUS DE SEGUIMIENTO :  En seguimiento  Egresado FECHA DE EGRESO HOSPITALARIO: / /  
DÍA MES AÑO

MOTIVO DE EGRESO  Mejoría  Alta voluntaria  Traslado a otra unidad  Defunción FECHA DE DEFUNCIÓN / /  
DÍA MES AÑO

CAUSAS DE DEFUNCIÓN

Parte I Clasificación CIE-10  
A \_\_\_\_\_  
B \_\_\_\_\_  
C \_\_\_\_\_  
D \_\_\_\_\_  
Parte II \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE EGRESO \_\_\_\_\_

\*Adjuntar resumen clínico

Nombre de quién recabo la información

Nombre de quién valida la información