

HOSPITAL GENERAL ACTOPAN

CARLOS MAYORGA No. 55 ESQ. CONSTITUCION COL. CHAPULTEPEC, ACTOPAN, HGO. C.P. 42504 LIC. SANITARIA 1003000004

HOJA DE ADMISION

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____
OCUPACIÓN: _____ ESTADO CIVIL: _____
FECHA DE INGRESO: _____ FECHA DE EGRESO: _____
INGRESADO POR _____ EMERGENCIA _____ CIRUGIA _____ MATERNIDA _____ TRATAMIENTO _____
ENVIADO POR: _____
MEDICO TRATANTE: _____ CAMA NO: _____

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO QUIRURGICO

EL QUE SUSCRIBE ACEPTA: LOS SERVICIOS DE ESTE HOSPITAL Y RELEVA TODA RESPONSABILIDAD MORAL O MATERIAL, AL PERSONAL DEL MISMO, DESCONOCIENDO LAS CONSECUENCIAS DE SU ENFERMEDAD, INCLUSIVE EL FALLECIMIENTO, A LA VEZ QUE AUTORIZA AL MÉDICO O MÉDICOS A SU CUIDADO PARA ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS QUE SEAN NECESARIOS PARA EL DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD; ASÍ COMO SE HACE RESPONSABLE ÍNTEGRAMENTE E LOS GASTOS QUE SU HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTO REPRESENTEN.

CONOCIENDO LO ANTERIOR SE FIRMA AL CALCE PARA SUS EFECTOS A QUE HAYA LUGAR.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE_____
FECHA_____
NOMBRE Y FIRMA DE UN FAMILIAR_____
FECHA_____
NOMBRE Y FIRMA DE UN TESTIGO_____
FECHA