

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

						No. EXPEDIENTE	
EDAD		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			
SERVICIO							
FECHA DE INGRESO				HORA DE INGRESO			
No. DE SEGURO POPULAR						NSC	
DIAGNÓSTICO MÉDICO							
MÉDICO TRATANTE							
ALERGIAS				OBSERVACIONES			
NOMBRE COMPLETO DE ENFERMERA(O) QUE INGRESA							

COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE/UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD/DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

RIESGO DE CAÍDAS							RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN						
FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
TM		TM		TM		TM	TM		TM		TM		TM
TV		TV		TV		TV	TV		TV		TV		TV
TN		TN		TN		TN	TN		TN		TN		TN

■ BAJO RIESGO
 ■ MEDIANO RIESGO
 ■ ALTO RIESGO

EGRESO			
MÉDICO QUE AUTORIZA			
FECHA DE EGRESO			
MOTIVO DE ALTA			
ENFERMERÍA		Vo. Bo.	
ADMISIÓN		FIRMA	
CAJA		FIRMA	
TRABAJO SOCIAL		FIRMA	
COMPROMISO DE PAGO FOLIO No.			EXENTO No.
SEGURIDAD		FIRMA	
OBSERVACIONES			