



FORMULARIO DE SOLICITUD DE HOSPITALIZACIÓN

NOTA IMPORTANTE: Para dar inicio a la gestión del paciente deben completarse todos los campos requeridos en el formulario.

FECHA SOLICITUD:

PAGINA 1

NOMBRES

APELLIDOS

RUT

FECHA DE NACIMIENTO

TELÉFONO

DIRECCIÓN

Calle

Número

Comuna

Ciudad

ISAPRE

APODERADO

TELÉFONO

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

DIAGNÓSTICOS

EJE I:

EJE II:

EJE III:

EJE IV:

EJE IV:

MOTIVOS HOSPITALIZACIÓN

OBJETIVOS PRINCIPALES DE LA HOSPITALIZACIÓN



FORMULARIO DE SOLICITUD DE HOSPITALIZACIÓN

NOMBRE COMPLETO PACIENTE

PAGINA 2

RUT

TIPO DE HOSPITALIZACIÓN:

Cerrada (Corta Estadía)

Diurna

¿LA CAUSA PRINCIPAL DE LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE ES UNA DE LAS PATOLOGÍAS CUBIERTAS POR EL PLAN GES?

NO

SÍ

¿Cuál?

DEPRESIÓN GRAVE

ESQUIZOFRENIA

TRASTORNO BIPOLAR

SI LA HOSPITALIZACIÓN ES CUBIERTA POR EL PLAN GES

Se le explica claramente al paciente que durante su hospitalización será evaluado por otro psiquiatra, quien estará a cargo de su manejo clínico (evaluaciones diagnósticas, prescripciones, terapéuticas, etc.)

SI LA HOSPITALIZACIÓN NO ES CUBIERTA POR EL PLAN GES

Se le indica claramente al paciente que la sintomatología que motiva su hospitalización no es secundaria a su patología GES por lo que su hospitalización no será cubierta por el plan GES

Se le indica claramente al paciente que deberá consultar a su isapre, en relación a los convenios generales que mantienen con clínicas psiquiátricas, ya que su hospitalización será cubierta de acuerdo a plan de salud que contrató en su isapre

INDICACIONES MÉDICAS

MEDICAMENTOS (Dosis, horarios, vía de administración):

Fármaco	Dosis	Horario	Vía

CONTROL DE SIGNOS VITALES (Frecuencia):

TIPO DE RÉGIMEN ALIMENTARIO:

TIPO DE REPOSO:

OTROS:

MEDICAMENTOS
S.O.S.:

REQUIERE
CUIDADORA:

SÍ

NO

Observaciones:

DECLARACIÓN: YO,

EN CALIDAD DE MÉDICO TRATANTE DEL PACIENTE

ASEGURO LA VERACIDAD DE TODA LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ESTE FORMULARIO, EN LO QUE RESPECTA A DIAGNÓSTICOS DE INGRESO Y CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE EN CUESTIÓN

FONO:

FIRMA Y TIMBRE:

RUT: