

## ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN

NOMBRE COMPLETO

\_\_\_\_\_ (PATERNO) (MATERNO) (NOMBRES)

PROCEDENCIA: CLÍNICA DAVILA  URGENCIA  OTROS \_\_\_\_\_

PREVISION ISAPRE  CONVENIO  FONASA  OTRO \_\_\_\_\_

MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN:

TRATAMIENTO: MEDICO  AMBULATORIO  QUIRURGICO

CODIGO \_\_\_\_\_ INSUMOS ESPECIALES \_\_\_\_\_

PAQUETIZADO: SI  NO  TECNICA ESPECIAL \_\_\_\_\_

INTERVENCIÓN FECHA: / / HORA: \_\_\_\_\_

SERVICIO DE DESTINO: \_\_\_\_\_ EXAMENES PRE HOSPITALIZACIÓN SI  NO

BREVE HISTORIA CLÍNICA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INDICACIONES MÉDICAS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MÉDICO TRATANTE:

MÉDICO QUE INGRESA AL PACIENTE:

**IMPORTANTE:** El día que su médico le entregue esta orden, se ruega tomar contacto con el servicio de admisión de la clínica para que se le entregue las indicaciones de ingreso.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
RUT MÉDICO

\_\_\_\_\_  
TIMBRE DEL MÉDICO

**Avda. Recoleta 464**

Mesa Central: (56 2) 730 8000

Fono Reserva: (56 2) 270 2700

**www.davila.cl**