SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
FORMATO DE ALTA HOSPITALARIA

Fecha de Alta | | | | **Fecha de Ingreso:** | | | |

DIAGNÓSTICOS:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

INDICACIONES MÉDICAS:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	N° HISTORIA

DEPARTAMENTO	SERVICIO	N° CAMA
MEDICINA	**MEDICINA INTERNA**	