



fecha _____

ORDEN DE INGRESO

DATOS DEL PACIENTE

ID _____

apellido 1º _____

apellido 2º _____

nombre _____

fecha de nacimiento _____ sexo _____

nº historia clínica _____ episodio _____ vol. _____

nº tarjeta sanitaria _____ edad _____

nº afiliación seguridad social _____

DNI / pasaporte _____

dirección _____

población _____ distrito postal _____ provincia _____

teléfonos casa trabajo

DATOS PARA INGRESO

hospital _____ servicio _____ unidad enfermería _____

motivo ingreso _____ tipo ingreso (P/U) _____ fecha prevista _____ hora prevista _____

diagnóstico _____

observaciones _____

intervención prevista _____

Dr. que ordena _____ código numérico personal _____

firma Dr. _____

ADMISIÓN

ADMINISTRATIVO LEGAL