

**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

DERIVACIÓN GRUPO CETEP

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: