









**RECETA**

**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL "LUIS VERNAZA"**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre

Rp.

Cantidad

--	--	--	--

(#)

PRESCRIPCION

## SOLICITUD DE ALTA PETICIÓN

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL LUIS VERNAZA  
GUAYAQUIL, ECUADOR

### SOLICITUD DE ALTA A PETICION

Yo, \_\_\_\_\_, con cédula de  
identidad No. \_\_\_\_\_, solicito el alta de petición  
del (a) paciente \_\_\_\_\_  
con H.C. No. \_\_\_\_\_, ingresado (a) en este hospital,  
en el área de \_\_\_\_\_, exonerando de toda  
responsabilidad al personal médico y paramédico de lo que  
ocurriera posteriormente.

Atentamente,

\_\_\_\_\_

Guayaquil, \_\_\_\_\_

## Forma F.M.E. 12.3 NOTIFICACIÓN DE EGRESO

**HOSPITAL LUIS VERNAZA**  
Guayaquil, Ecuador

Apellido Paterno 1	Apellido Materno 2	Nombre 3	Apellido del Esposa 4	No. Historia Clínica 5
Departamento	Area	Cama No.	Observaciones	

AL DEPARTAMENTO DE ADMISIONES :

- Alta  
 Fallecido     muerte natural  
                            muerte violenta

Año	Mes	Día	Hora
-----	-----	-----	------

Considérese disponible la cama. Ordéñese, en caso de fallecimiento, el traslado del cadáver a la morgue y comuníquese de inmediato a la COMISARIA NACIONAL DE POLICIA respectiva, si el deceso no fue por muerte natural.

\_\_\_\_\_  
Enfermera Jefe

Médico: \_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

## Forma F.M.E. 050 AUTORIZACIÓN PARA REALIZACIÓN DE AUTOPSIAS

HOSPITAL LUIS VERNAZA

Ciudad .-

Señores :

Por la presente, autorizo a esa institución para practicar, por médicos cirujanos en ejercicio legal de la profesión, el examen post mortem a la autopsia clínica e histopatológica en el cadáver de :

Apellido Paterno 1	Apellido Materno 2	Nombre 3	Apellido del Esposa 4	No. Historia Clínica 5

Falleció \_\_\_\_\_ en esa Casa de Salud .

Almorbente ,

Familiar o Representante				
	Nombre ,	Apellidos	y Firma	No. Cédula de Ciudadanía

Testigo				
	Nombre ,	Apellidos	y Firma	No. Cédula de Ciudadanía

FECHA :

FORMA : F.A. - 050

AUTORIZACION PARA REALIZACION DE AUTOPSIAS

## Forma F.M.E. 08.0 LABORES DE ENFERMERÍA (Anverso)

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
HOSPITAL LUIS VERNAZA  
GUAYAQUIL, ECUADOR

### I ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS	DOSIS	VIA	FRE- CUEN- CIA	FECHAS DE ADMINISTRACION					
				Día	Día	Día	Día	Día	Día

Area	Cama No.	Observaciones :		
Apellido Paterno 1	Apellido Materno 2	Nombres 3	Apellido del Esposo 4	No. Historia Clínica 5

**Forma F.M.E. 08.0 LABORES DE ENFERMERÍA (Reverso)**

II ACTIVIDADES DE ENFERMERIA								
PLAN		FECHAS						
		Día	Día	Día	Día	Día	Día	Día
DIETA								
ASEO								
BAÑO								
ACTIVIDAD								
OTROS:								
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	SANGRE							
	ORINA							
	HECES							
	INTERCONSULTA							
	RADIOLOGICOS							
	OTROS:							
OBSERVACIONES								



## Forma F.M.E. 04.0 SIGNOS VITALES

**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL**  
**HOSPITAL LUIS VERNAZA**  
**GUAYAQUIL, ECUADOR**

Apellido Paterno	1	Apellido Materno	2	Nombres	3	Apellido del Esposo	4	No. Historia Clínica	5						
Año, Mes, Día															
Días de Hospitalización															
Días de Post-Operatorio															
Hora	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	
TEMPERATURA	41 °														
	40 °														
	39 °														
	38 °														
	Normal 37 °														
	36 °														
PULSO	140														
	130														
	120														
	110														
	100														
	90														
	80														
RESPIRACION	50														
	40														
	30														
	20														
	10														
PRESION ARTERIAL															
PESO CORPORAL															
NECES															
DIURESIS															

FORMA : F.M.E. 04.0

SIGNOS VITALES