CERTIFICADO DE ESTABILIZACION LEY DE URGENCIA

1-ESTABLECIMIENTO

NOMBRE: _____ CIUDAD: _____

2- DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____

RUT: _____

SEXO: | HOMBRE | MUJER |

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Paciente Estabilizado: *Es Cuando el paciente se encuentra en estado de equilibrio de sus funciones vitales o ha superado el riesgo de secuela funcional grave de modo que, aun cursando alguna patología no resuelta o parcialmente solucionada****, está en condiciones de ser trasladado, dentro del establecimiento, a otro centro asistencial o a su domicilio****, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad. La estabilización la certifica un médico de la Unidad donde se encuentre hospitalizado el paciente.*

3-ESTABILIZACIÓN

NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICA: _____

RUT DEL MÉDICO: | |

FIRMA: _____

DIAGNÓSTICO ACTUALIZADO DEL PACIENTE: _____

PACIENTE ESTABILIZADO: | SI | NO |

UNIDAD DONDE SE CERTIFICA ESTABILIZACIÓN: | UCI | UTI | MQ |

CAMA DESTINO PARA EL TRASLADO: | UCI | UTI | MQ | SIN TRASLADO |

OBSERVACIONES: _____

FECHA ESTABILIZACIÓN: | | | 20 |

HORA ESTABILIZACIÓN: | | |

Una vez que el paciente se encuentra estabilizado, él o su representante, deberá elegir alguna de las siguientes opciones para continuar su atención

4- CONTINUACION DE LA ATENCION

SOLICITA LIBRE ELECCION | SI | NO |

SOLICITA ATENCION EN RED ISAPRE | SI | NO |

(SI EL PACIENTE SOLICITA RESCATE A RED ISAPRE PORFAVOR INDIQUE)

REQUERIMIENTO ESPECIAL PARA TRASLADO SEGURO: _____

5- DATOS DE FAMILIAR PARA CONTACTO

NOMBRE COMPLETO: _____
DIRECCION: _____
TELEFONO: _____
E MAIL: _____

NOMBRE DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE _____

FIRMA DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE _____