

REQUISITOS PARA INGRESAR POR PRIMERA VEZ Y SUBSIGUIENTE AL INSTITUTO NACIONAL DEL DIABÉTICO

1. Referencia medica
2. Carnet de Hospital San Felipe

SIEMPRE QUE VENGA A CONSULTA TRAIGA ESTE CARNET Este carnet es personal e intransferible. Cuidelo. En caso de perderlo dígaselo al Empleado (a) de Estadísticas; pero no niegue que ha venido a consulta anteriormente. Si el carnet esta lleno con las citas que usted ha tenido, se le dará uno nuevo sin costo alguno, pero presentando su carnet usado. Si lo pierde, el Empleado (a) de estadísticas le hará uno nuevo, pero tendrá que presentar el recibo de Contaduría por el valor. de L. 10.00 (DIEZ LEMPIRAS EXACTOS)	Hospital San Felipe y Asilo de Inválidos TARJETA DE CITAS Nombre: _____ Persona Responsable: _____ No. Registro: _____ Dirección: _____
--	---

3. Cita en el INADI

★ ★ ★ ★ ★
INSTITUTO NACIONAL DEL DIABÉTICO

FORMULARIO DE CITAS

Especialidad/Médico: _____

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Nº	Nº Expediente	Nombre del Paciente	Hora	Teléfono
1				
2				
3				

SIEMPRE QUE VENGA A CONSULTA TRAIGA ESTE CARNET Este carnet es personal e intransferible, cuidelo. En caso de perderlo dígaselo al Empleado (a) de Estadísticas; pero no niegue que ha venido a consulta anteriormente. Si el carnet está lleno con las citas que usted ha tenido, se le dará uno nuevo sin costo alguno, pero presentando su carnet usado. Si lo pierde, el Empleado(a) de estadísticas le hará uno nuevo, pero tendrá que presentar el recibo de Contaduría por el valor. de L. 10.00 (DIEZ LEMPIRAS EXACTOS).	 INSTITUTO NACIONAL DEL DIABÉTICO TARJETA DE CITAS Nombre: _____ Persona Responsable: _____ No. Registro: _____ Dirección: _____
--	--

4. Expediente INADI

INSTITUTO NACIONAL DEL DIABÉTICO

Tegucigalpa, M. D. C., Honduras, C. A.

Departamento de Registro Médico y Estadísticas,

Hoja de Identificación

No. de Expediente: _____

Sexo: _____

1er. Apellido

2do. Apellido

Nombres

Lugar y Fecha de Nacimiento

Dirección Completa

Aldea o Caserio

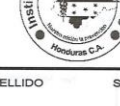
Municipio

Departamento

Fecha de elaboración

Nombre de quién Elaboró

5. Consulta

		INSTITUTO NACIONAL DEL DIABÉTICO <i>Tegucigalpa, M. D. C., Honduras, C. A.</i>					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		SEXO ☐ HOMBRE ☐ MUJER	No. HISTORIA CLÍNICA
F E C H A			EDAD	PESO (Kg)	TALLA (Cm)	TEMP.(C)	PRESIÓN A.
DÍA	MES	AÑO					PULSO SINTOMÁTICO RESPIRATORIO ☐ SI ☐ NO
OBSERVACIONES:							
DIAGNÓSTICO:							
INDICACIONES:							

CITA ☐ SI ☐ NO	FECHA:	REFERENCIA:	FIRMA DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ
--	--------	-------------	---------------------------------