

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

1. Referencia medica
2. Carnet de Hospital San Felipe

<p align="center"><b>SIEMPRE QUE VENGA A CONSULTA TRAIGA ESTE CARNET</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Si lo pierde, el Empleado (a) de estadísticas le hará uno nuevo, pero tendrá que presentar el recibo de Contaduría por el valor.</p> <p>de L. 10.00 (DIEZ LEMPIRAS EXACTOS)</p>	<p align="center"><b>Hospital San Felipe y Asilo de Inválidos</b></p> <p align="center"><b>TARJETA DE CITAS</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Persona Responsable: _____</p> <p>No. Registro: _____</p> <p>Dirección: _____</p>
---	---

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				

<p align="center"><b>SIEMPRE QUE VENGA A CONSULTA TRAIGA ESTE CARNET</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Si lo pierde, el Empleado(a) de estadísticas le hará uno nuevo, pero tendrá que presentar el recibo de Contaduría por el valor.</p> <p>de L. 10.00 (DIEZ LEMPIRAS EXACTOS).</p>	 <p align="center">★ ★ ★ ★ ★ INSTITUTO NACIONAL DEL DIABÉTICO</p> <p align="center"><b>TARJETA DE CITAS</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Persona Responsable: _____</p> <p>No. Registro: _____</p> <p>Dirección: _____</p>
---	--

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 Caserío      Municipio

Departamento

Fecha de elaboración      Nombre de quién Elaboró

5. Consulta



  
**INSTITUTO NACIONAL DEL DIABÉTICO**  
**Tegucigalpa, M. D. C., Honduras, C. A.**

PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES			SEXO <input type="radio"/> HOMBRE <input type="radio"/> MUJER		No. HISTORIA CLINICA	
F E C H A			EDAD	PESO (Kg)	TALLA (Cm)	TEMP.(C)	PRESIÓN A.	PULSO	SINTOMÁTICO RESPIRATORIO			
DÍA	MES	AÑO							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
OBSERVACIONES: _____												
DIAGNÓSTICO: _____												
INDICACIONES: _____												
CITA <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		FECHA:		REFERENCIA:		FIRMA DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ						

  
