

Red Negativa Hospitalaria

Estado

Localidad

Municipio

Colonia

Nombre del Hospital:

Región

Fecha

Jurisdicción Sanitaria

Institución:

No.	Nombre Paterno, Materno y nombre (s)	Edad y Sexo		Domicilio	Fecha de ingreso	Motivo de ingreso (1)	Pronóstico (2)	Cama (3)	Ocupación (4)	Observaciones (5)
		M	F							
1					02-mar					
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

1) Lesiones, fébril, diarrea, IRA, etc.
2) Estable, grave, muy grave
3) Número de cama
4) Empleado, Chofer, Ama de casa, etc.
5) Descripción complementaria de lesiones o padecimiento motivo del ingreso, así como necesidades de atención, y en su caso, la referencia a otra instancia.

Nombre y firma del responsable