Ministerio de Salud
Gobierno de Santa Cruz

HOSPITAL REGIONAL RIO GALLEGOS

FORMULARIO Nº 000

CENTRO DE SALUD MENTAL

Epicrisis

Nombre y Apellido:.....

Historia Clínica Nº.....Cama:.....Edad:.....

Dirección:.....Tel.:.....

Familiar Responsable:.....

Fecha de Ingreso: ☐☐☐ Hora: :

Motivo de Ingreso:.....

.....

.....

.....

Fecha de Egreso: ☐☐☐ Hora: :

Diagnostico de Egreso:.....

.....

.....

Resumen de Historia Clínica:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Estudios Complementarios:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tratamiento Condicional al Egreso:.....

.....

.....

.....

.....

.....
Firma y Sello