

## Informe de Hospitales



## Favor enviar documento completado a: consulta@icf.pr.gov

Completar Documento con letra legible. Favor anejar resumen historial del paciente.

							CH-
Nombre de Hospital							VoBo:□ Médico Legal
Dirección:				•			Declina Jurisdicción:
Persona Conta	acto-Nombre:						□ No Médico Legal
Persona Conta	acto-Firma						
Número de Teléfono:						Firma Personal Autorizado	
Correo electró							Fecha:
				-	muestras de admisi		
para procesos de investigación forense / no descartar. Sólo aplica a casos donde haya sospecha clinica de intoxicación por drogas o medicamentos. (Muestra de predilección 3cc sangre o suero).							
INFORMAC			o medica	inientos.	(ividestra de predii	eccion Scc Sang	Núm. Record Médico:
Nombre :	JON DLL FF	LLLCIDO.			Fecha de :		Num. Record Medico.
Edad:		Sexo:			_		
Raza:		Religión:			nacimiento  Nombre y teléfono	Familiar:	
Naza.		iteligion.			_ Normbre y telefond	7 i aiiiiiiai .	
HOCDITAL!	7.0.001.						
HOSPITALIZ		Fecha:			Hora:		
Liego ai Procedencia:	l hospital:	Por si mismo:			Ambulancia:		
Procedencia:	(Hogar Hosn	nital u Otro) Br	indar dire	cción N	nta: Si fue recibido	de atra hasnita	al Favor incluir su Historial)
		itai a otioj bi	maar an c			ac otro nospite	arravor meran sa riistoriai,
Admitido por				MD.	Medico Primario:		
# Tel. Oficina:				_	# Tel. Oficina:		
Heridas:	CAUSA:						
	(Caida, Accident	te de Tránsito, etc	.)	-	Fecha	Hora	Lugar
¿Entiende ust	ed que la mu	erte del pacier	ite está as	ociada d	e manera directa o	indirecta a un e	evento atmosférico?
¿Sí o No?		De ser afirmat	iva la cont	estación,	favor de explicar:		
Describa Heri	das:						
Historial Clíni	co:						
Procedimientos Quirúrgicos (Indicar Tipo, fecha, hora y resultados de operación o amputación realizada):							
Si se recuperó alguna evidencia como: balas, arma blanca u objeto extraño favor describir el mismo.							
			,				
Laboratorios:							
Reporte de patología: Fecha y hora: Nombre de laboratorio y teléfono:							
Resultados de Toxicología:							
Estudios Radi	ológicos:						
MUERTE:	F	ha da				Horo de	arto.
Falleció en:	Fec Sala de Emei	ha de muerte:			_ Hospitalizado:	Hora de mue	Otro:
· anctio Cil.	Jaia de Lillei	Berrera.			i iospitalizauo.		O.10.