

## CERTIFICADO DE ESTABILIZACION LEY DE URGENCIA

### 1-ESTABLECIMIENTO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

### 2- DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

SEXO:  HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**Paciente Estabilizado:** Es Cuando el paciente se encuentra en estado de equilibrio de sus funciones vitales o ha superado el riesgo de secuela funcional grave de modo que, aun cursando alguna patología no resuelta o parcialmente solucionada, **está en condiciones de ser trasladado, dentro del establecimiento, a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad. La estabilización la certifica un médico de la Unidad donde se encuentre hospitalizado el paciente.**

### 3-ESTABILIZACIÓN

NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICA: \_\_\_\_\_

RUT DEL MÉDICO:

FIRMA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO ACTUALIZADO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

PACIENTE ESTABILIZADO:  SI  NO

UNIDAD DONDE SE CERTIFICA ESTABILIZACIÓN:  UCI  UTI  MQ

CAMA DESTINO PARA EL TRASLADO:  UCI  UTI  MQ  SIN TRASLADO

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

FECHA ESTABILIZACIÓN:   20

HORA ESTABILIZACIÓN:

**Una vez que el paciente se encuentra estabilizado, él o su representante, deberá elegir alguna de las siguientes opciones para continuar su atención**

### 4- CONTINUACION DE LA ATENCION

SOLICITA LIBRE ELECCION  SI  NO

SOLICITA ATENCION EN RED ISAPRE  SI  NO

(SI EL PACIENTE SOLICITA RESCATE A RED ISAPRE PORFAVOR INDIQUE)

REQUERIMIENTO ESPECIAL PARA TRASLADO SEGURO: \_\_\_\_\_

### 5- DATOS DE FAMILIAR PARA CONTACTO

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

E MAIL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE \_\_\_\_\_