



HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CAUQUENES  
CONSTATAcion DE FALLECIMIENTO



LLENADO POR MEDICO QUE CONSTATA

SERVICIO:	
NOMBRE DEL MEDICO:	
FECHA FALLECIMIENTO:	
HORA FALLECIMIENTO:	
NOMBRE FALLECIDO:	
RUT FALLECIDO:	
MARQUE CON UNA <u>X</u> , SI PACIENTE ES:	
<input type="checkbox"/>	CASO ACTIVO COVID-19
<input type="checkbox"/>	RESULTADO PCR COVID-19 NEGATIVO
<input type="checkbox"/>	CASO COVID-19 RECUPERADO
<input type="checkbox"/>	RESULTADO PENDIENTE COVID-19
<input type="checkbox"/>	CASO PROBABLE COVID-19 ACTIVO
<input type="checkbox"/>	CONTACTO ESTRECHO COVID-19 EN PERIODO DE AISLAMIENTO
FIRMA Y TIMBRE DEL MEDICO:	

LLENADO POR FUNCIONARIO DEL SERVICIO CLINICO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:	
FECHA DE ENTREGA DEL CUERPO:	
HORA DE ENTREGA DEL CUERPO:	
MARQUE CON UNA <u>X</u> , SI EL FALLECIDO ESTÁ:	
<input type="checkbox"/>	EN SABANILLA
<input type="checkbox"/>	EN BOLSA MORTUORIA
<input type="checkbox"/>	OTRO (especificar) _____
<input type="checkbox"/>	CON IDENTIFICACION
FIRMA DEL FUNCIONARIO:	

LLENADO POR AUXILIAR DE SERVICIO QUE RECIBE PACIENTE

NOMBRE DEL FUNCIONARIO:	
FECHA DE ENTREGA A LA FUNERARIA:	
HORA DE ENTREGA A LA FUNERARIA:	
MARQUE CON UNA <u>X</u> , SI EL FALLECIDO:	
<input type="checkbox"/>	ES PACIENTE CORRECTO
<input type="checkbox"/>	ESTÁ EN BOLSA MORTUORIA
<input type="checkbox"/>	OTRO (especificar) _____
<input type="checkbox"/>	ESTÁ CON IDENTIFICACION
FIRMA DEL AUXILIAR DE SERVICIO:	