

PROTOCOLO HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN APS DEL SSMC

Elaborado Por:
Dra. Magdalena Herreros
Schenke

Revisado Por:

Aprobado Por:
Dra. Cecilia Ruiz Contreras

Fecha:
23 de marzo de 2020

Fecha:

Fecha:

	"PROTOCOLO" HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN APS SSMC	Código:
		Edición:
		Fecha: 30/03/2020
		Página
		Vigencia: 4 meses

PROTOCOLO

1. Introducción:

La estrategia de Hospitalización Domiciliaria en la red APS del SSMC, se implementará extraordinariamente por 4 meses, como respuesta a la pandemia decretada en nuestro país, debido al coronavirus, para ello se contratarán equipos clínicos que refuercen las atenciones requeridas en domicilio, brindando atenciones que son realizadas en los hospitales, pero que cuando las condiciones del paciente y el hogar lo permiten, se pueden entregar en el domicilio, teniendo en consideración además la red de apoyo de los usuarios

2. Objetivos de la Hospitalización Domiciliaria de APS:

- Disminuir el número de hospitalizaciones innecesarias, de personas con sintomatología posible de tratar en domicilio
- Brindar atención Integral y personalizada de salud en domicilio a usuarios de la red.
- Disminuir la circulación y contagios de COVID-19.
- Optimizar el uso de recursos, en el contexto de pandemia

3. Alcance:

- Establecimientos de salud de atención primaria, SAPU, SAR y Hospitales de la Red del Servicio de Salud Metropolitano Central.

4. Documentos complementarios de referencia:

- Manual de Organización de Unidad Hospitalización Domiciliaria de HCSBA

5. Definiciones:

a. Atención domiciliaria

Se define como atención domiciliaria al conjunto de actividades asistenciales, sanitarias y sociales de baja complejidad, que se desarrollan en el domicilio, entregadas por profesionales de APS, y que pueden ser programadas en forma diferida, con una cobertura fija. Los usuarios son portadores de enfermedades de

	"PROTOCOLO" HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN APS SSMC	Código:
		Edición:
		Fecha: 30/03/2020
		Página
		Vigencia: 4 meses

larga evolución que requieren de acompañamiento y orientación que en muchas oportunidades será de por vida.

b. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

La hospitalización a domicilio se define como una alternativa asistencial capaz de realizar en el domicilio procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en los hospitales. Es proporcionada por profesionales de salud especializados, durante un período de tiempo limitado, a pacientes que de otra manera habrían precisado atención en un hospital de agudos en cualquiera de sus áreas.

c. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA APS:

La hospitalización domiciliaria de APS es una modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional en el contexto de Pandemia COVID-19, en donde el usuario recibe cuidados similares a los otorgados en establecimientos hospitalarios, pero de menor complejidad, tanto en calidad como en cantidad, y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el establecimiento asistencial de atención cerrada. La HD, requiere de indicación y control médico, y el término de este proceso estará definido por la alta médica.

d. CESFAM

Centro de Salud Familiar

e. SAPU

Servicio de Atención Primaria de Urgencia

f. SAR

Servicio de Atención Primaria de Urgencia Alta Resolutividad

g. HCSBA

Hospital Clínico San Borja Arriaran

h. DAP-SSMC

Dirección de Atención Primaria de Salud del Servicio de Salud Metropolitano Central

6. Responsabilidades en la ejecución:

- Equipos de Hospitalización domiciliaria de APS, compuestos por médicos, enfermera, Kinesiólogo y Técnico de enfermería de nivel superior.
- Equipo directivo de CESFAM base

	"PROTOCOLO" HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN APS SSMC	Código:
		Edición:
		Fecha: 30/03/2020
		Página
		Vigencia: 4 meses

- Equipo gestor DAP

7. Desarrollo del Marco Normativo

a. PERFIL DE PACIENTE CANDIDATO A HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN APS

- Debe ser usuario de FONASA y/o PRAIS, estar inscrito en algún CESFAM de la red del SSMC
- Que habite una vivienda con condiciones estructurales básicas para su recuperación. (energía eléctrica, agua)
- Debe contar con un familiar o cuidador responsable, que acepte participar, junto con el usuario y el equipo de salud en las actividades que favorezcan la recuperación de la salud. En el caso de usuarios autovalente, es el mismo usuario el que puede consentir, ser hospitalizado en su domicilio.
- Debe tener un diagnóstico confirmado de una patología aguda y/o crónica, clínicamente estable y que, a criterio de su médico tratante, pueda ser manejada en su domicilio.
- Pacientes derivados de equipos clínicos del CESFAM, Visita Domiciliaria o de Hospitalización Domiciliaria de hospitales, etc.

b. CRITERIOS DE DERIVACIÓN O INCLUSIÓN

1. Clínicos:

- Diagnóstico confirmado, excepto pacientes con sospecha de COVID-19 Estabilidad clínica.
- Personas con su proceso de enfermedad agudo. (Enfermedades infecciosas)
- Personas con una enfermedad crónica, reagudizada estable. (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Diabetes Mellitus, HTA, etc.)
- Pacientes con sospecha de covid-19, con resultado de examen pendiente.
- Personas en tratamiento por enfermedades infecciosas que requieran terminar antibióticoterapia
- Personas que requieran curación con nivel de complejidad abordable por APS
- Personas que requieran procedimientos de Enfermería (instalación de sonda Foley, cuidado de sonda nasogástrica, etc.)
- Personas que requieran manejo kinésico (Respiratoria y Motora)

	"PROTOCOLO" HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN APS SSMC	Código:
		Edición:
		Fecha: 30/03/2020
		Página
		Vigencia: 4 meses

2. Condiciones de la vivienda:

Energía eléctrica y agua potable.
 Disponibilidad de sistema de comunicación.
 Infraestructura en buenas condiciones

3. Condiciones sociales:

Apoyo y compromiso familiar, identificando a un cuidador "responsable del cuidado" del paciente, que sea capaz de recibir, comprender, y seguir indicaciones. Indispensable en caso de que el paciente sea menor de edad, postrado o adulto mayor con dependencia, para llevar a cabo el seguimiento y tratamiento del proceso.

4. Geográficos:

Zona urbana de Maipú, Cerrillos, Estación Central y Santiago.

5. Previsionales:

Paciente usuario de FONASA y PRAIS

c. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Paciente con requerimiento de monitoreo hospitalario por su patología de base.
- Inadecuada respuesta a tratamiento instaurado.
- Cuidador no calificado (no sigue indicaciones, sin entrenamiento o capacitación en identificar signos de alarma).
- Vivienda no cumple con criterios básicos socio-sanitarios (electricidad, agua, potable, adecuada disposición de basura, alcantarillado o foso séptico en buen estado y mantenimiento).
- Rechazo de paciente o familia a modalidad de hospitalización domiciliaria

d. CRITERIOS DE EGRESO

- Alta por recuperación y/o compensación

	"PROTOCOLO" HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN APS SSMC	Código:
		Edición:
		Fecha: 30/03/2020
		Página
		Vigencia: 4 meses

- Ingreso a hospitalización tradicional, por inestabilidad de cuadro clínico o por pérdida de apoyo familiar, tutor o cuidador responsable.
- Reingreso a hospitalización por inestabilidad clínica o reagudización de patología
- Fallecimiento

e. PRESTACIONES MÉDICAS

- Evaluación y control de paciente en domicilio
- Indicación de régimen terapéutico
- Solicitud y evaluación de exámenes
- Ingreso médico y alta de paciente
- Procedimientos Médicos

f. PRESTACIONES DE ENFERMERÍA

- Control de signos vitales: presión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura, saturimetría, glucometría.
- Educación a paciente y/o familia: farmacoterapia, insulino terapia, manejo de dispositivos invasivos (sonda Foley, sonda nasogástrica, Gastrostomía, traqueostomía, drenajes.), prevención de lesiones por presión, prevención de caídas, aseo y confort, movilización de paciente, etc.
- Instalación y cuidado de dispositivos: Sonda Nasogástrica, cateterismo urinario permanente (sonda Foley), cateterismo intermitente (Sonda nelaton).
- Tratamiento intramuscular, subcutáneo y endovenoso.
- Instalación de vía subcutánea, hipodermocclisis.
- Instalación de vía venosa periférica para administración de tratamientos endovenosos y/o fleboclisis.
- Instalación de oxígeno terapia.
- Toma de cultivos: urocultivo
- Curación simple.
- Curación avanzada

g. PRESTACIONES KINÉSICAS

- Kinesioterapia respiratoria.
- Toma de IFI con hisopado
- Toma de baciloscopía

"PROTOCOLO"

HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN APS SSMC

Código:

Edición:

Fecha: 30/03/2020

Página

Vigencia: 4 meses

- Aspiración de secreciones con bomba de aspiración portátil
- Inhaloterapia con aerocámara
- Kinesioterapia motora.
- Educación a paciente y/o familia en técnicas transferencia.
- Educación en el uso de ayudas técnicas (bastones, andador, silla de ruedas)
- Instalación de oxigenoterapia
- Educación a paciente y/o familia sobre farmacoterapia inhalatoria, manejo de dispositivos traqueostomía.

h. PRESTACIONES DE TECNICO DE NIVEL SUPERIOR DE ENFERMERÍA

- Control de signos vitales
- Control de paciente en domicilio
- Curaciones simples
- Educación a la familia en aseo y confort del paciente
- Atención telefónica de pacientes y/o cuidadores, para derivación a respuesta de Médico o Enfermera según corresponda.

i. PROCESO DE DERIVACIÓN

El médico de SAPU/ SAR / CESFAM, al detectar a un paciente que cumpla con criterios de inclusión a esta prestación, realizará la solicitud de hospitalización domiciliaria (Anexon°1) a coordinador SAPU/SAR, quien realizará llamada e indicará solicitud a profesional que gestionará la demanda, y que verificará que paciente cumpla con criterios de ingreso. Para ello deberá llamar al N°....., contactando a.....

En caso de que la detección de paciente con criterios de inclusión se realice en CESFAM horario hábil, Médico tratante deberá solicitar a Subdirector Técnico que realice la coordinación, llamando al N° contactando a

Una vez priorizado el caso, el equipo de Hospitalización Domiciliaria se acercará a evaluar el caso y decidirá si corresponde su ingreso o no.

En caso de derivación de hospitalización domiciliaria hospitalaria de paciente con criterios de inclusión, se coordinará llamando al N° contactando a

	"PROTOCOLO" HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN APS SSMC	Código:
		Edición:
		Fecha: 30/03/2020
		Página
		Vigencia: 4 meses

Una vez priorizado el caso, el equipo de Hospitalización Domiciliaria se acercará a evaluar el caso y decidirá si corresponde su ingreso o no.

j. PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN EN DOMICILIO:

Para la atención común de cualquier paciente, se recomienda la utilización de precauciones estándares y se recuerda la obligatoriedad en el lavado de manos antes y después de la atención clínica. Además se sugiere la presencia de máximo de un familiar en la habitación del paciente.

Una vez decidida la hospitalización en domicilio, se evaluará en terreno las condiciones del domicilio y familia para hospitalización domiciliaria de APS, posterior a eso se firmará consentimiento informado (**anexo n°2**), posterior a esto se comenzará con ingreso Médico (**anexo n°3**) donde se determinará tratamiento, indicará exámenes, procedimientos de Enfermería, kinésicos y de TENS, según corresponda.

El médico podrá indicar oxigenoterapia, con un máximo de 2 lts/min. Mediante formulario **y según criterio de inclusión para oxigenoterapia, se debe solicitar mediante formulario de Ingreso de Oxígeno domiciliario (anexo n°4), el cual debe ser enviado a los correos descritos en formulario con copia a Carla Rojas carla .rojasm@redsalud.gob.cl.**

Todo paciente deberá tener un ingreso de enfermería (anexo n°5)

Paciente será controlado según plan de cuidados establecido, evolucionando en hojas según corresponda al tratante Médico, Enfermería, y Kinesiología, (**Anexo n°6, Anexo n°7 y anexo n°8**)

Se realizará a la familia la educación correspondiente para el correcto cuidado del paciente.

Además, se debe completar hoja de estadística diaria (**anexo n°9**), la cual debe ser entregada diariamente en unidad de estadística al terminar el turno o al día siguiente.

k. PROCESO DE ALTA

Será el Médico del equipo quien determinará el alta de la hospitalización domiciliaria, la cual puede ser por distintas situaciones:

Recuperación de la patología aguda, o compensación de patología crónica que originó el ingreso.

Rehospitalización por reagudización o descompensación de patología, el paciente debe ser

"PROTOCOLO"
HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
EN APS SSMC

Código:

Edición:

Fecha: 30/03/2020

Página

Vigencia: 4 meses

trasladado por ambulancia del SAPU/SAMU al servicio de urgencia hospitalario según corresponda.

Fallecimiento.

En este proceso se debe completar epicrisis de alta hospitalaria domiciliaria (anexo n°10), dejando una copia al paciente y formulario de egreso de Oxígeno Domiciliario. (Anexo n°11) el cual debe ser enviado a los correos descritos en formulario con copia a Carla Rojas carla.rojasm@redsalud.gob.cl.

BORRADOR



"PROTOCOLO"
**HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
 EN APS SSMC**

Código:
Edición:
Fecha: 30/03/2020
Página
Vigencia: 4 meses

ANEXO N°1

DERIVACION A HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA APS

Nombre:

Dirección:

Teléfonos Contacto:

Rut: Género: F: M: Edad:

CESFAM/ CECOSF:

Médico que Deriva: Fecha derivación: / /2020

Motivo de Derivación:

Tratamiento ATB EV

Oxigenoterapia:

Kinesiología Respiratoria:

Curaciones avanzadas:

Traslape TACO

Manejo al final de la vida

Otra:

Diagnósticos de Ingreso:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Tratamiento habitual:

1. Fármaco/mg/dosis/

.....
 Nombre/Firma Médico

	"PROTOCOLO"	Código:
	HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN APS SSMC	Edición:
		Fecha: 30/03/2020
		Página
		Vigencia: 4 meses

ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA en APS del SSMC

Santiago, a de 2020

Paciente _____ RUT: _____

Representante Legal / Familiar responsable _____

RUT: _____ Parentesco: _____

Domicilio: _____ Fonos de Contactos: _____

Profesional que entrega la información (nombre completo) _____

RUT. _____

El presente documento, es un formulario de consentimiento informado para pacientes, que ingresen a Hospitalización Domiciliaria de APS del SSMC.

Declaro que se me ha explicado claramente por parte de (Médico tratante / Médico a cargo de la Unidad Hospitalización Domiciliaria) la enfermedad que padezco yo, o mi familiar, entendiendo que puedo continuar mi tratamiento en el domicilio, a través del servicio de Hospitalización Domiciliaria de Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitano Central

Acepto seguir las indicaciones y tratamientos entregadas por el equipo de la unidad de Hospitalización Domiciliaria, incluyendo la realización de exámenes de laboratorio, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que se consideren más indispensables, en el domicilio.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída, he tenido la oportunidad de resolver dudas y se me ha respondido satisfactoriamente, y entiendo que tengo el derecho a retirarme de la Hospitalización Domiciliaria en cualquier momento, sin que esta decisión afecte de forma alguna mi atención estado de salud o el de mi familia o comunidad y, con previo diagnóstico del médico tratante.

Manifiesto estar en conocimiento que, al realizar un cambio de domicilio a otra comuna fuera de la jurisdicción de la Dirección de Atención Primaria de Salud del Servicio de Salud Metropolitano Central, perdiendo de forma inmediata los beneficios otorgados por la unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Igualmente reconozco mi derecho, frente a situaciones de imprevistos, necesidad o duda, poder a los siguientes teléfonos (según CESFAM) **de lunes a Domingo de 8:00 a 24:00 hrs** (unidad Hospitalización Domiciliaria), Donde se me orientará en los pasos a seguir.

Y fuera de este horario a **Salud Responde teléfono 600-360-7777 fono que atiende las 24 hrs. Del día en caso de cualquier consulta de salud, todos los días del año.**

Firma Paciente o Representante legal _____

R.U.T: _____ Relación de Parentesco: _____

Firma Profesional que entrega la información

RUT: _____



"PROTOCOLO"
**HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA
EN APS SSMC**

Código:
Edición:
Fecha: 30/03/2020
Página
Vigencia: 4 meses

ANEXO N°3

INGRESO MÉDICO HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Nombre:

RUT: _____ Edad: _____ años Fecha de Ingreso HD: _____

Dirección

Dispositivo de Origen: CESFAM _____ SAPU _____ SAR _____ H.D Hospitalaria _____

Médico Derivador:

Días Hospitalización en Servicio de Origen:

Anamnesis:

Diagnósticos de Ingreso a Unidad:

Planes para Hospitalización Domiciliaria:

**Firma Médico
Hospitalización Domiciliaria**



"PROTOCOLO"
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA
EN APS SSMC

Código:
Edición:
Fecha: 30/03/2020
Página
Vigencia: 4 meses

ANEXO N°5

Fecha de Ingreso: _____

Previsión: FONASA

PPV:

INGRESO DE ENFERMERÍA
HOSP. DOMICILIARIA

I. IDENTIFICACION

Nombre: _____ **RUT:** _____
Edad: _____ **F. Nacimiento:** ____ / ____ / ____ **C**
Nombre Tutor: _____
Teléfonos Paciente: _____ **Tutor:** _____
Dirección: _____

II. PROCEDENCIA

Dispositivo de Origen: CESFAM ____ SAPU ____ SAR ____ H.D Hospitalaria ____

Medico Derivador: _____

III. MOTIVO DE INGRESO:

IV. DIAG. DE INGRESO:

V. ANTECEDENTES

IRC _____ Diálisis _____ Días: _____ HTA _____ DM _____ OH _____ TBQ _____
Otros: _____ Quirúrgicos: _____
ALERGIAS: _____

VI. MEDICAMENTOS

FARMACO	DOSIS

VII. VALORACION DE ENFERMERIA

T°	FC:	PA:	SatO2:	Con O2:
EVA:	FR:	Otros:		

EXAMEN FÍSICO GENERAL:



"PROTOCOLO"
**HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
EN APS SSMC**

Código:
Edición:
Fecha: 30/03/2020
Página
Vigencia: 4 meses

- **Conciencia:** Consciente Orientado Desorientado Soporoso Inconsciente
- **Emocional:** Tranquilo Agitado Angustiado Agresivo
- **Lenguaje:** Claro Afásico Disártrico Otro : _____
- **Visión -Audición:** Normal Alterado No vidente Hipoacusia Sordera
- **Movilidad:** Normal Con ayuda Levanta en silla Postrado Hemiparesia
- **Piel:** Tibia Fría Hidratada Deshidratada Indemne Rosada Pálida Ictérica Cianótica
- **UPP:** No SI Ubicación y Tipo: _____

EXAMEN SEGMENTARIO:

CABEZA Y CUELLO: _____

TORAX: _____

ABDOMEN: _____

GENITALES: _____ S. Foley: _____

EX SUPERIOR: _____

EX INFERIOR: _____

OBSERVACIONES DE ENFERMERIA: _____

NOMBRE DE ENFERMERA
RUT _____
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA APS



"PROTOCOLO"
**HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA
EN APS SSMC**

Código:
Edición:
Fecha: 30/03/2020
Página
Vigencia: 4 meses

ANEXO N°6
HOJA DE EVOLUCIÓN MÉDICO DIARIA
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Nombre:

RUT: _____ Edad: _____ años Fecha de Ingreso HD: _____

Dirección

P/A _____ FC _____ FR _____ %Sat O2 _____ T° _____ C.

Diagnósticos de Ingreso a Unidad:

Anamnesis:

Diagnósticos Actual:

Planes para Hospitalización Domiciliaria:



"PROTOCOLO"
**HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA
 EN APS SSMC**

Código:
Edición:
Fecha: 30/03/2020
Página
Vigencia: 4 meses

**Firma Médico
 Hospitalización Domiciliaria**

**ANEXO N°7
 HOJA DE EVOLUCIÓN DIARIA DE ENFERMERÍA**

HOJA DE EVOLUCIÓN DIARIA DE ENFERMERÍA

HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

I. IDENTIFICACION

Nombre: _____ RUT: _____
 Edad: _____ F. Nacimiento: / / _____ CESFAM: _____
 Nombre Tutor: _____
 Teléfonos Paciente: _____

II. ANTECEDENTES

OH _____ TBQ _____ IRC _____ Diálisis _____ HTA _____ DM _____
 Días: _____
 ALERGIAS: _____ Otros: _____ Quirúrgicos: _____

III. MEDICAMENTOS

FARMACO	DOSIS

IV. VALORACION DE ENFERMERIA

FECHA	T°	FC:	PA:	SatO2: Con O2:	EVA:	FR:	Otros:



"PROTOCOLO"

HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN APS SSMC

Código:

Edición:

Fecha: 30/03/2020

Página

Vigencia: 4 meses

V. TRATAMIENTO DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES DE ENFERMERIA: _____

NOMBRE DE ENFERMERA/TENS

RUT

HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA APS





"PROTOCOLO"
**HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
 EN APS SSMC**

Código:
Edición:
Fecha: 30/03/2020
Página
Vigencia: 4 meses

ANEXO N°8

HOJA DE EVOLUCIÓN DIARIA DE KINESIOLOGIA

FICHA EVALUACIÓN KINÉSICA

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

RUT:

DIRECCION:

CESFAM:

ANTECEDENTES MORBIDOS:

MOTIVO DE CONSULTA:

ANAMNESIS:

EXAMEN FISICO:

FC:

FR:

PA:

Sat O2:

FiO2:

OXIGENOTERAPIA:

PULMONAR:

OTROS:

KTR:

KNTM:

N° SESIONES/VISITAS:

FECHA PROXIMO CONTROL:

**NOMBRE
 FIRMA KINESIOLOGO**

"PROTOCOLO"
HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
EN APS SSMC

Código:
Edición:
Fecha: 30/03/2020
Página
Vigencia: 4 meses

ANEXO N°9

HOJA ESTADISTICA DIARIA

HOJA DE ESTADISTICA DIARIA

NOMBRE PROFESIONAL		RUT		PROFESIÓN			
N°	RUT	NOMBRE	DIAGNOSTICO	CODIGO CIE 10	TIPO DE ATENCIÓN	ACTIVIDADES	DERIVACIÓN
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							



"PROTOCOLO"
HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
EN APS SSMC

Código:
Edición:
Fecha: 30/03/2020
Página
Vigencia: 4 meses

ANEXO N°10

EPICRISIS

NOMBRE:	EDAD:
RUT:	COMUNA:
PROCEDENCIA:	CESFAM:
FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO HD-APS:

OBJETIVO DE INGRESO

--

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

--

EVOLUCIÓN CLÍNICA

--

DIAGNOSTICO DE EGRESO

INDICACIONES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

FIRMA MEDICO HD APS



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

"PROTOCOLO"

HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
EN APS SSMC

Código:

Edición:

Fecha: 30/03/2020

Página

Vigencia: 4 meses

BORRADOR