



CLÍNICA DEL RÍO

FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

FORMATO DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS E INFORMACION GENERAL

CÓDIGO:  
SAU-FO-08

VERSIÓN:  
03

EMISIÓN:  
23-03/2021

PÁGINA:  
1 DE 1

Mediante el presente manifiesto que se me ha explicado y socializado los siguientes temas, durante mi estancia hospitalaria en la FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO. Además, reconozco que he entendido lo socializado y que se me concedió un espacio para preguntas y/o dudas.

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	SOCIALIZACION REALIZADA				SERVICIO
				DEBERES Y DERECHOS	RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO	PLAN DE ACOGIDA		
3/1/23	MARILYN HIDRADA	CC	1067936864	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL 3
3/1/23	BABIANA ESPINOSA	CC	87223354	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL 3
3/1/23	YIDIS OLIVERA	CC	43148637	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL 3
3/1/23	DANIELS CALDERON	CC	64787665	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL 3
3/1/23	ENYS PÉREZ PÉREZ	CC	1003433794	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL 3
3/1/23	ELBA HERRERA	CC	34994858	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL 3
3/1/23	ANGELICA GONZALEZ	CC	25872155	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL 3
03/01/23	ELVIRA RAMOS	CC	81966222	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL 3
03/01/23	LADYS MESTRA	CC	26177192	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL 3
03/01/23	YISER RODRIGO REJILLO	CC	25878177	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL 1
03/01/23	EDGARDY PATERNINA	CC	105402361	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL 1
03/01/23	LILIANA CASTRO	CC	50957913	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL 1
03/01/23	LUZ CASHILLO	CC	25870259	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL 1
03/01/23	FUCARIS YOGA HOYOS	CC	1003406021	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL 1
03/01/23	BERNARDO RAMOS	CC	26013510	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL 1
03/01/23	KELLY ROMERO H	CC	1067938191	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL 1

RESPONSABLE DE LA SOCIALIZACION

Ailyn Pacheco Arrieta

\* Marcar con una X en la casilla "SI" o "NO" de acuerdo a la socialización realizada



FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO  
SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

CÓDIGO:  
SAU-FO-08

VERSIÓN:  
03

EMISIÓN:  
23-03/2021

PÁGINA:  
1 DE 1

FORMATO DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS E INFORMACION GENERAL

Mediante el presente manifiesto que se me ha explicado y socializado los siguientes temas, durante mi estancia hospitalaria en la FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO. Además, reconozco que he entendido lo socializado y que se me concedió un espacio para preguntas y/o dudas.

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	SOCIALIZACION REALIZADA						SERVICIO
				DEBERES Y DERECHOS	RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO,	PLAN DE ACOGIDA	DEBERES Y DERECHOS	RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO,	PLAN DE ACOGIDA	
10/2/23	DECÍ D ERIODALICIO		CE78746192	NO	SI	NO	SI	NO	NO	Hospital 7
10/2/23	Guan Romod Berge	CC	38036616	X	SI	NO	SI	NO	NO	Hospital 7
10/2/23	Laudia Hernandez	CC	1089948132	X	SI	NO	SI	NO	NO	Hospital 7
10/2/23	Peggy de Atayso	CC	11157286	X	SI	NO	SI	NO	NO	Hospital 7
10/2/23	Adriana Suarez Kopyn	CC	1067864344	X	SI	NO	SI	NO	NO	Hospital 7
10/2/23	Sean Franco Rossi	CC	1.0672431534	X	SI	NO	SI	NO	NO	Hospital 3
10/2/23	Marcos Sanchez	CC	34910069	X	SI	NO	SI	NO	NO	Urgencias
10/2/23	Ereni Hurtado Camen	CC	1067457394	X	SI	NO	SI	NO	NO	Urgencias
10/2/23	Yaremy Puente	CC	30582285	X	SI	NO	SI	NO	NO	Urgencias
10/2/23	Mario Guillen Diaz	CC	106992072	X	SI	NO	SI	NO	NO	Urgencias
10/2/23	Bibiana Segura Ariza	CC	106784831	X	SI	NO	SI	NO	NO	Urgencias
10/2/23	Sonia Alstrat	CC	50849520	X	SI	NO	SI	NO	NO	Urgencias
10/2/23	Lina Herrera	CC	108936291	X	SI	NO	SI	NO	NO	Urgencias
10/2/23	Noraism Hernandez	CC	34980.051	X	SI	NO	SI	NO	NO	Urgencias
10/2/23	Macome Podelo	CC	106741483	X	SI	NO	SI	NO	NO	Urgencias
10/2/23	Aletha Alburanda	CC	108425798	X	SI	NO	SI	NO	NO	Urgencias

RESPONSABLE DE LA SOCIALIZACION

Verónica Sandoval

\* Marcar con una X en la casilla "SI" o "NO" de acuerdo a la socialización realizada



FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO  
SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

CÓDIGO:  
SAU-FO-08

VERSIÓN:  
03

EMISIÓN:  
23-03/2021

PÁGINA:  
1 DE 1

FORMATO DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS E INFORMACION GENERAL

Mediante el presente manifiesto que se me ha explicado y socializado los siguientes temas, durante mi estancia hospitalaria en la FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO. Además, reconozco que he entendido lo socializado y que se me concedió un espacio para preguntas y/o dudas.

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	SOCIALIZACION REALIZADA				SERVICIO
				DEBERES Y DERECHOS	RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO*	PLAN DE ACOGIDA		
18/3/23	Paula MHR Hds.	CC	1003539442	X	X	X	NO	Urgencias
18/3/23	Paula Tibasso Hds	CC	25583552	X	X	X	NO	Urgencias
18/3/23	Nidia Causil Correa	CC	706492431	X	X	X	NO	Urgencias
18/3/23	Bianca Contreras	CC	15.674.868	X	X	X	NO	HOSP
18/3/23	FRANCA CONTRERAS	CC	1009494188	X	X	X	NO	HOSP
18/3/23	Esti Sobel Medina	CC	609000050	X	X	X	NO	HOSP
18/3/23	Yadriel Hoyt	CC	25801848	X	X	X	NO	HOSP
18/3/23	Yaranka Navilla	CC	1069899114	X	X	X	NO	Urgencia
18/3/23	Alejandro H	CC	35143911	X	X	X	NO	Urgencia
18/3/23	Adrián Figueroa	CC	11063442428	X	X	X	NO	Urgencia
18/3/23	Yanis Ramel	CC	30659054	X	X	X	NO	Urgencia
21/3/23	Mauricio Hossia	CC	34980576	X	X	X	NO	HOSP
21/3/23	YANINA ESPINO	CC	106295013	X	X	X	NO	HOSP
21/3/23	YANINA ESPINO	CC	2055549	X	X	X	NO	HOSP
21/3/23	PAULO TIVERONIA	CC	10663856446	X	X	X	NO	HOSP
21/3/23	Ingis Penlta	CC	1066336029	X	X	X	NO	HOSP

RESPONSABLE DE LA SOCIALIZACION

*Orlando Ovallo*

\* Marcar con una X en la casilla "SI" o "NO" de acuerdo a la socialización realizada



FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO  
 SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

FORMATO DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS E INFORMACION  
 GENERAL

CÓDIGO:  
SAU-FO-08  
 VERSIÓN:  
03  
 EMISIÓN:  
23-03/2021  
 PÁGINA:  
1 DE 1

Mediante el presente manifiesto que se me ha explicado y socializado los siguientes temas, durante mi estancia hospitalaria en la FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO. Además, reconozco que he entendido lo socializado y que se me concedió un espacio para preguntas y/o dudas.

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	SOCIALIZACION REALIZADA						SERVICIO
				DEBERES Y DERECHOS	RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO	PLAN DE ACOGIDA	DEBERES Y DERECHOS	RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO	PLAN DE ACOGIDA	
26/4/23	Manuel Ruess	CC	150311677	X	NO	X	NO	X	NO	Cirugía
26/4/23	Dina Aguas	CC	100938362	X	NO	X	NO	X	NO	Cirugía.
26/4/23	Ruth Cepeda Diaz	CC	26776985	X	NO	X	NO	X	NO	Urgencias.
26/4/23	Florencia GARCIA BARRERA	CC	1067247009	X	NO	X	NO	X	NO	Urgencias
26/4/23	Florencia J.	CC	50496730	X	NO	X	NO	X	NO	Urgencias
26/4/23	Agustina GARCIA	CC	50496730	X	NO	X	NO	X	NO	Urgencias
26/4/23	Florencia Pineda Pacheco	CC	1066740346	X	NO	X	NO	X	NO	Urgencias
26/4/23	Evelina SIERRA	CC	11229805028	X	NO	X	NO	X	NO	Urgencias
26/4/23	Dario Alvarado	CC	50191139	X	NO	X	NO	X	NO	Urgencias
26/4/23	Anita Roguere	C	35412083	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
26/4/23	Liliana Ortega	C	1133839208	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
26/4/23	Lynmyer Diazquez	C	1067918141	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
26/4/23	Mariana Sanchez	CC	1063033455	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
26/4/23	Yanina Hernandez	CC	50460473	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
26/4/23	Estel Cardenas	CC	50450153	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
26/4/23	Chacim Arla	CC	5091172	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP

RESPONSABLE DE LA SOCIALIZACION

\* Marcar con una X en la casilla "SI" o "NO" de acuerdo a la socialización realizada



FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO

CÓDIGO:  
SAU-FO-08

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

VERSION:  
03

FORMATO DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS E INFORMACION

EMISIÓN:  
23-03/2021

GENERAL

PÁGINA:  
1 DE 1

Mediante el presente manifiesto que se me ha explicado y socializado los siguientes temas, durante mi estancia hospitalaria en la FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO. Además, reconozco que he entendido lo socializado y que se me concedió un espacio para preguntas y/o dudas.

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	SOCIALIZACION REALIZADA				SERVICIO	
				DEBERES Y DERECHOS	RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO	PLAN DE ACOGIDA			
25/5/23	Murillo, Juan	CC	1064926559	X	NO	X	NO	HOSP	1
25/5/23	Redina, Carolina	CC	50899273	X	NO	X	NO	HOSP	1
25/5/23	Alfaro, Diana	CC	3066959C	X	NO	X	NO	HOSP	1
25/5/23	Varicela, Arcelia Escobar	CC	1064988259	X	NO	X	NO	HOSP	1
25/5/23	Elmundo, Juan	CC	22-222-222	X	NO	X	NO	HOSP	1
25/5/23	MARCOLEA, MILDY	CC	50987643	X	NO	X	NO	HOSP	1
25/5/23	Leticia Gonzalez L.	CC	707135722	X	NO	X	NO	HOSP	1
25/5/23	Yorge Partrani	CC	1063502962	X	NO	X	NO	HOSP	1
25/5/23	Estela Gonzalez	CC	08256	X	NO	X	NO	HOSP	1
25/5/23	Margarita Zambrano	CC	100631695	X	NO	X	NO	HOSP	1
25/5/23	Yolanda Pineda	CC	4.18.254.099	X	NO	X	NO	HOSP	1
25/5/23	ESTHER HUERTAS	CC	509944R	X	NO	X	NO	HOSP	1
25/5/23	Rafael Arriola Kela	CC	30.657536	X	NO	X	NO	HOSP	3
25/5/23	LUIGI DAMAZO	CC	26039865	X	NO	X	NO	HOSP	3
25/5/23	Paula	CC	4448254	X	NO	X	NO	HOSP	3
25/5/23	Eusemi	CC	26132444	X	NO	X	NO	HOSP	3

RESPONSABLE DE LA SOCIALIZACION

\* Marcar con una X en la casilla "SI" o "NO" de acuerdo a la socialización realizada

*Conny Quintana*



FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO  
 SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

CÓDIGO:  
SAU-FO-08

VERSIÓN:  
03

FORMATO DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS E INFORMACION  
 GENERAL

EMISIÓN:  
23-03/2021  
 PÁGINA:  
1 DE 1

Mediante el presente manifiesto que se me ha explicado y socializado los siguientes temas, durante mi estancia hospitalaria en la FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO. Además, reconozco que he entendido lo socializado y que se me concedió un espacio para preguntas y/o dudas.

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	SOCIALIZACION REALIZADA				SERVICIO
				DEBERES Y DERECHOS	RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADÓ	PLAN DE ACOGIDA		
20/6/23	Yelissa Gonzalez	CC	1063 240 699	X	NO	X	NO	HOSP 3.
20/6/23	Ayra E. Guerra Selva	CC	1.003.163.155	X	NO	X	NO	HOSP 3.
20/6/23	Judith Nautilla	CC	50913468	X	NO	X	NO	HOSP 3.
20/6/23	Danythawara	CC	7067837309	X	NO	X	NO	HOSP 3.
20/6/23	Diego Marí Polanco	CC	508395927	X	NO	X	NO	HOSP 3.
20/6/23	Elith Moya Vega A	CC	71071451225	X	NO	X	NO	HOSP 3.
20/6/23	Paula Andrea Fernandez	CC	11344517	X	NO	X	NO	Cirugia
20/6/23	Ruud	CC	78909221	X	NO	X	NO	Cirugia
20/6/23	Przemyslaw Szal	CC	9487339	X	NO	X	NO	Cirugia
20/6/23	Yvonne Quintero	CC	49223595	X	NO	X	NO	Urgencia
20/6/23	Bella Chomorro	CC	7192979882	X	NO	X	NO	Urgencia
20/6/23	Yuliana Valle F.	CC	106394442	X	NO	X	NO	Urgencia
20/6/23	Monica Vidauri	CC	1005040038	X	NO	X	NO	Urgencia
20/6/23	Simone Bendo	CC	50921069	X	NO	X	NO	Urgencia
20/6/23	Fátima Flores	CC	1063354250	X	NO	X	NO	Urgencia
20/6/23	Ana Medina Tapia	CC	1063145876	X	NO	X	NO	HOSP 1.

RESPONSABLE DE LA SOCIALIZACION

Jordan D

\* Marcar con una X en la casilla "SI" o "NO" de acuerdo a la socialización realizada



FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO  
 SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

CÓDIGO:  
SAU-FO-08

VERSIÓN:  
03

EMISIÓN:  
23-03/2021

PÁGINA:  
1 DE 1

FORMATO DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS E INFORMACION GENERAL

Mediante el presente manifiesto que se me ha explicado y socializado los siguientes temas, durante mi estancia hospitalaria en la FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO. Además, reconozco que he entendido lo socializado y que se me concedió un espacio para preguntas y/o dudas.

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	SOCIALIZACION REALIZADA				SERVICIO		
				DEBERES Y DERECHOS	RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO	PLAN DE ACOGIDA				
23/8/23	Nicoloso Thewgo	cc	26033546	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
23/8/23	SIXTA LOPEZ	cc	50974118	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
23/8/23	Margarita Hoyos	cc	34.925509	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
23/8/23	Maria Lopez	cc	26.209.926	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
23/8/23	Luis Davis Gomez	cc	50.977.988	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
23/8/23	America Ovando	cc	1193071502	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
23/8/23	Kathy Sanchez	cc	7067070804	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
23/8/23	Edith Lopez	cc	33.131873	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
23/8/23	Rehul Gallego	cc	1005715556	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
23/8/23	separacion	cc	34978050	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
23/8/23	Rubén Pelli	cc	1005604161	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
23/8/23	Maria Claudia Usada	cc	1007792011	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
23/8/23	Andrea Hernandez	cc	1067405573	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
23/8/23	Carol Daniel Aristegui	cc	1067964068	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP
23/8/23	Maria Garcia		1066183273	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP

RESPONSABLE DE LA SOCIALIZACION \_\_\_\_\_  
 \* Marcar con una X en la casilla "SI" o "NO" de acuerdo a la socialización realizada



CLÍNICA DEL RÍO

FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

FORMATO DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS E INFORMACION GENERAL

CÓDIGO:  
SAU-FO-08  
VERSIÓN:  
03  
EMISIÓN:  
23-03/2021  
PÁGINA:  
1 DE 1

Mediante el presente manifiesto que se me ha explicado y socializado los siguientes temas, durante mi estancia hospitalaria en la FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO. Además, reconozco que he entendido lo socializado y que se me concedió un espacio para preguntas y/o dudas.

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	SOCIALIZACION REALIZADA				SERVICIO
				DEBERES Y DERECHOS	RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO	PLAN DE ACOGIDA		
01/9/23	Yarledis Suarez F.	CC	1063649497	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSP 3.
01/9/23	Ana Masmo	CC	1133796868	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSP 3.
01/9/23	Tereza Mieray	CC	25774384	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSP 3.
01/9/23	Andri Wang U G.	CC	1067822258	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSP 3.
01/9/23	Beatriz Buelvas	CC	257757231	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSP 3.
01/9/23	Aida Liz Bravo	CC	50980789	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSP 3.
01/9/23	Luz PA RINA QATAR	CC	34.994302	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSP 3.
01/9/23	Edouiges Nolasco	CC	257737053	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSP 3.
01/9/23	Fts Rodriguez	CC	106269061	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSP 3.
01/9/23	SPS. CANDICES	F1	1064702280	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSP 3.
01/9/23	Marina Alvarado	CC	30565816	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSP 1.
01/9/23	Luz Jayana Miranda Y	CC	1068662517	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSP 1.
01/9/23	Martin Garcia	CC	1062605204	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSP 1.
01/9/23	Mildred Gonzalez	CC	34.996255	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSP 1.
01/9/23	Georget Villalba	CC	50957084	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSP 1.
01/9/23	Yanis Guand	CC	35157263	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	urgenciad.

RESPONSABLE DE LA SOCIALIZACION

• Marcar con una X en la casilla "SI" o "NO" de acuerdo a la socialización realizada





FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO  
 SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

CÓDIGO:  
SAU-FO-08

VERSIÓN:  
03

EMISIÓN:  
23-03/2021

PÁGINA:  
1 DE 1

FORMATO DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS E INFORMACION GENERAL

Mediante el presente manifiesto que se me ha explicado y socializado los siguientes temas, durante mi estancia hospitalaria en la FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO. Además, reconozco que he entendido lo socializado y que se me concedió un espacio para preguntas y/o dudas.

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	SOCIALIZACION REALIZADA						SERVICIO
				DEBERES Y DERECHOS	RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO	PLAN DE ACOGIDA	DEBERES Y DERECHOS	RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO	PLAN DE ACOGIDA	
2/10/23	Alfonso B. P.	CC	1072 525 606	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP 1
2/10/23	DOMINA F. P.	CC	1069 942 215	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP 1
2/10/23	Abelina J. Torres	CC	1069 853 210	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP 1
2/10/23	Roberto P. Espinosa	CC	5084 796 61	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP 1
2/10/23	Romario Dobras	CC	1007 800 138	X	NO	X	NO	X	NO	urgencias
2/10/23	Eugene P. G	CC	25 970 920	X	NO	X	NO	X	NO	urgencias
2/10/23	Favara Gaudin	CC	5090 332 1	X	NO	X	NO	X	NO	urgencias
2/10/23	Dina Pacheco	CC	1003 3502 970	X	NO	X	NO	X	NO	urgencias
2/10/23	Maria Diaz Gausil	CC	1067 948 418	X	NO	X	NO	X	NO	urgencias
2/10/23	Dina Diaz Sesus	CC	70 630 9174	X	NO	X	NO	X	NO	urgencias
2/10/23	Paola Directa Jozano	CC	1003 403 219	X	NO	X	NO	X	NO	urgencias
2/10/23	Ana Gledys Arzola	CC	1001 163 944	X	NO	X	NO	X	NO	urgencias
2/10/23	Bridgette Rivera Nieves	CC	15 800 898	X	NO	X	NO	X	NO	urgencias
2/10/23	Dora Ruiz Torres	CC	5093 1153	X	NO	X	NO	X	NO	urgencias
2/10/23	Diana Alcam	CC	5096 6719	X	NO	X	NO	X	NO	urgencias
3/10/23	Yess Burgos	CC	5091 7036	X	NO	X	NO	X	NO	HOSP 3

RESPONSABLE DE LA SOCIALIZACION \_\_\_\_\_

\* Marcar con una X en la casilla "SI" o "NO" de acuerdo a la socialización realizada



FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO  
SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

CÓDIGO:  
SAU-FO-08

VERSIÓN:  
03

FORMATO DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS E INFORMACION  
GENERAL

EMISIÓN:  
23-03/2021

PÁGINA:  
1 DE 1

Mediante el presente manifiesto que se me ha explicado y socializado los siguientes temas, durante mi estancia hospitalaria en la FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO. Además, reconozco que he entendido lo socializado y que se me concedió un espacio para preguntas y/o dudas.

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO	SOCIALIZACION REALIZADA				SERVICIO
				DEBERES Y DERECHOS	RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO	PLAN DE ACOGIDA		
31/10/23	Lucía K. Sola.	CC	106996969	X	X	X	X	C. Externa
31/10/23	Luisa Gofieretz	CC	1103215548.	X	X	X	X	C. Externa
31/10/23	Verónica Molina	Si	106996969	X	X	X	X	C. Externa
31/10/23	Liliana Dorra	CC	50912446.	X	X	X	X	C. Externa
31/10/23	Georgina Puero M.	CC	1003394979	X	X	X	X	C. Externa
31/10/23	Lucía Caracciolo	CC	-1.006740531	X	X	X	X	C. Externa
31/10/23	Enaldo Padilla Y.	C.C.	1069851128.	X	X	X	X	C. Externa
31/10/23	Liliana Lauriel Rf	CC	100963141	X	X	X	X	C. Externa
31/10/23	Andrés Angel Daverlin	CC	105439767	X	X	X	X	C. Externa
31/10/23	María Elena Hernandez	CC	1067970417	X	X	X	X	C. Externa
31/10/23	Lucía Ortega	CC	1043995584	X	X	X	X	C. Externa
31/10/23	Lucía S. Buena	CC	1067884969	X	X	X	X	C. Externa
31/10/23	Verónica Scah	CC	1007152306	X	X	X	X	C. Externa
31/10/23	Lucía Sánchez	CC	1067737707	X	X	X	X	C. Externa
31/10/23	Lucía Sánchez	CC	1057068412	X	X	X	X	C. Externa
31/10/23	Lucía Hestry R	CC	106996969	X	X	X	X	C. Externa

RESPONSABLE DE LA SOCIALIZACION

CLÍNICA DEL RÍO  
COORDINADORA DE SOCIALIZACIÓN  
LUCÍA SCAH (JMD)

\* Marcar con una X en la casilla "SI" o "NO" de acuerdo a la socialización realizada

FIRMA:



FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO  
 SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

CÓDIGO:  
SAU-FO-08

VERSIÓN:  
03

FORMATO DE SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS E INFORMACION

GENERAL

EMISIÓN:  
23-03/2021

PÁGINA:  
1 DE 1

Mediante el presente manifiesto que se me ha explicado y socializado los siguientes temas, durante mi estancia hospitalaria en la FUNDACIÓN CLÍNICA DEL RÍO. Además, reconozco que he entendido lo socializado y que se me concedió un espacio para preguntas y/o dudas.

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	SOCIALIZACION REALIZADA				SERVICIO
				DEBERES Y DERECHOS	RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO	PLAN DE ACOGIDA		
01/12/23	Esteban Hernandez	CC	1067852287	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	
01/12/23	Roberto Lopez	CC	34988455	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	
01/12/23	Camila Ortega	CC	1067974688	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	
01/12/23	Camila Ortega	CC	1067974688	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	
01/12/23	Sindy Chausso	CC	1069948402	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	
01/12/23	Xonenis Velasquez	CC	1064185872	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	
01/12/23	Jessica Ruiz	CC	1062968251	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	
01/12/23	Yohanis Montes	CC	1.003.1456.932	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	
01/12/23	Yasmany's	CC	1067852287	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	
01/12/23	Yasmany's	CC	1067852287	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	
01/12/23	Yasmany's	CC	1067852287	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	
01/12/23	Fernando Posobino	CC	78691368	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	
01/12/23	Leidi Arrieta	CC	706485870	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	
01/12/23	Esteban Ortega	CC	106500464	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	
01/12/23	Alfajita Hernandez	CC	1104410006	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	
01/12/23	Esteban	CC	15483318	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	
01/12/23	Esteban	CC	16067166	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSP-1	

RESPONSABLE DE LA SOCIALIZACION

Marcar con una X en la casilla "SI" o "NO" de acuerdo a la socialización realizada

*[Handwritten Signature]*