

E.S.E. DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"

FECHA VIGENCIA

VERSIÓN 2

PÁGINA 1 DE 2 FR - URG - 04

CÓDIGO

GOBERNACIÓN DEL META

IDENTIFICACIÓN Y RESUMEN DE ATENCIÓN

2015 - 09 - 09

DOCUMENTO CONTROLADO

JUNT⊛S C⊜NSTRUSEND⊒.

CENTRO DE ATENO	CIÓN:	APB: _	APB: C:												
A. IDENTIFICAC	CION														
								No. HISTORIA CLINICA							
1er. Apelli		2do. Apellido d	de Casada	Non	nbre	ш					П	Т			
FECHA		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	N OTRA INSTITUCION? LUGAR DE NACIMIENTO (MUNICIPIO, SECCION DE							N DE	L PAI	IS)			
DE INSCRIPCION	-														
DIA MES AÑO	si 🗌 NO 🗌		NOMBRE												
FECHA DE	EDAD	SEXO	OCUPACION			c.c.	\perp		Ш		_				
NACIMIENTO	ļ	┦ᅢ╚┤╽			DOCUMENTO DE IDENTIDAD C	T.I.	\perp		Ш	_	_				
		」 м □ │			IDENTIDAD C.	. EXT.	\perp		Ш	4	\bot				
DIA MES AÑO	AÑOS MESES DIA	s			P/	ASAP.									
NOMBRES Y APE	ELL I DOS DEL PADRI	=			NOMBRES Y API	ELLIDO:	S DE L	_A MA[DRE						
RESIDENCIA HABITUAL: DIRECCION, LOCALIDAD, MUNICIPIO, SECCION DEL PAIS							TELEFONO								
CAMBIO DE RESIDENCIA HABITUAL. DIRECCION, LOCALIDAD, MUNICIPIO, SECCION DEL PAIS TELEFONO							ONO								
RESIDENCIA ACTUAL: DIRECCION, LOCALIDAD, MUNICIPIO, SECCION DEL PAIS TELEFON							ONO	NO							
CAMBIO DE RESIDENCIA ACTUAL: DIRECCION, LOCALIDAD, MUNICIPIO, SECCION DEL PAIS							Т	TELEFONO							
PERSONA RESP	ONSABLE DEL PAC	IENTE: NOMB	RE Y RELACION DE PAI	RENTES	SCO O AMISTAD		·								
RESIDENCIA HABITUAL: DIRECCION, LOCALIDAD, MUNICIPIO, SECCION DEL PAIS							Т	TELEFONO							
RESIDENCIA ACTUAL: DIRECCION, LOCALIDAD, MUNICIPIO, SECCION DEL PAIS							Т	TELEFONO							
B. RESUMEN D	E ATENCIONES	3													
INICIACION FECHA	VIENE								FI		IZAC	ION			

INICIACION VIE FECHA REMI		NE IT I DO	DIA ONOGTIGOO V DDOGEDIMIENTOO		FINALIZACION FECHA				
DIA	MES	AÑO	SI	NO	DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS	CODIGO	DIA	MES	AÑO



E.S.E. DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"

VERSIÓN 2 CÓDIGO FR - URG - 04 PÁGINA 2 DE 2

GOBERNACIÓN DEL META JUNTOS CONSTRUSENDE

IDENTIFICACIÓN Y RESUMEN DE ATENCIÓN FECHA VIGENCIA 2015 - 09 - 09 DOCUMENTO CONTROLADO

IN	INICIACION VI FECHA REM		VIE REM	ENE ITIDO	DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS	CODIGO	FINALIZACION FECHA			
DIA	MES	AÑO	SI	NO	DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS	CODIGO	_	MES		
							-		_	
									_	
									<u> </u>	
							+			
							+			
									L	