

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. CARACTERÍSTICA DE LA SOLICITUD, MOTIVO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN									
SERVICIO			ESPECIALIDAD			No. CAMA	No. SALA	URGENTE	
EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN						SI	NO
ESPECIALIDAD CONSULTADA									
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO									

C. CUADRO CLÍNICO ACTUAL									
REGISTRAR DE MANERA OBLIGATORIA									

D. RESULTADOS DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS RELEVANTES									

E. DIAGNÓSTICO												
		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.							4.					
2.							5.					
3.							6.					

F. PLAN TERAPEÚTICO REALIZADO									

G. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE									
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE			PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA				SELLO				

