

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	

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A

[illegible][illegible]

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

[illegible]

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	