

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 CLINICO ACTUAL										
										REGISTRAR DE MANERA OBLIGATORIA

D. RESULTADOS DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS RELEVANTES										

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

F. PLAN TERAPÉUTICO 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				

