

**FORMULARIO TEMPORAL POR
CORTE DE SISTEMA PROGRAMADO**

HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIA ADULTOS

(*) Respuesta obligatoria

Admisión de paciente

Nombre y Apellido _____	PACIENTE ES USUARIO DE ASSE
Cédula _____	
Fecha de la consulta _____ Hora _____	
Médico tratante _____	
	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

*** Motivo de consulta**

Datos clínicos :

CONSULTA GINECO-OBSTÉTRICA SI NO

*** PLANTEO CLÍNICO PRIMARIO**

PLANTEO CLÍNICO SECUNDARIO

INDICACIÓN PARACLÍNICA INTERNA

INDICACIÓN FARMACOLÓGICA

2. ESPECIALISTA - INTERCONSULTA

HISTORIA ESPECIALISTA

DIAGNÓSTICO ESPECIALISTA

3. EVOLUCIÓN

OBSERVACIONES

4. FINALIZACIÓN DE ATENCIÓN

*** DIAGNÓSTICO AL FINALIZAR ATENCIÓN**

*** SEGUIMIENTO PRIORIZADO EN PNA**

FIRMA _____