

Angela Mariana González Perez

Edad:

Diagnóstico:

Fecha inicio seguimiento: DD/MM/AAAA

Fecha generación: DD/MM/AAAA

## Seguimientos Realizados

Seguimiento en proceso

## Datos Básicos

Fecha de notificación del SIVIGILA:

Sexo:

Tipo de identificación:

Número de identificación:

Fecha de nacimiento:

## Información del Tratamiento

Diagnóstico:

Fecha de consulta:

Fecha de diagnóstico:

Fecha de inicio de tratamiento:

## Residencia y Traslados

Residencia de procedencia:

Departamento:

Municipio:

Barrio:

Dirección:

## Observaciones

Observaciones diligenciadas en el último seguimiento: