

Fecha y hora de diligenciamiento

DD MM AA HH:MM

No. de Admisión

* Tipo documento de identidad: R.C: Registro civil, T.I: Tarjeta de identidad, C.C: Cédula de ciudadanía, C.E: Cédula de extranjería, P.A: Pasaporte

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y nombres		Documento de identidad	
		* Tipo	No.
Sexo	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Edad
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	DO MM AAAA		<input type="checkbox"/> Día(s) <input type="checkbox"/> Mes(es) <input type="checkbox"/> Año(s)
Estado civil	Nacionalidad	Ocupación o Profesión	
Dirección de residencia		Zona	Ciudad de residencia
		<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana	Teléfono fijo
Teléfono celular			Teléfono fijo

DATOS DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE

Apellidos y nombres		Documento de identidad		Parentesco
		* Tipo	No.	
Dirección de residencia	Ciudad de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular	

DATOS DE LA ADMISIÓN

Entidad por la que se solicita el servicio	No. de Contrato o Afiliación	Entidad secundaria	Vía por la cual ingresa al servicio
No. Volante de autorización de servicios (si aplica)	No. Cuota moderadora/ Vale de asistencia médica/ Pin		<input type="checkbox"/> Odontología /fisioterapia
Apellidos y nombres del médico tratante			<input type="checkbox"/> Cirugía
			<input type="checkbox"/> Apoyo terapéutico (quimio, UAM)
			<input type="checkbox"/> Otra, ¿Cuál?
			<input type="checkbox"/> Paciente remitido

DATOS DE LA REMISIÓN

Entidad que remite	Apellidos y nombres del médico que remite	
DOCUMENTOS ENTREGADOS PARA LA ADMISIÓN		PROGRAMACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE CIRUGÍA (cuando aplique)
Marque con una "X" los documentos entregados por el paciente para la admisión.		Fecha y hora de la cirugía
<input type="checkbox"/> Documento de identidad.		DO MM AAAA HH:MM
<input type="checkbox"/> Consulta pre anestésica		Nombre del Funcionario que programa
<input type="checkbox"/> Orden médica		
<input type="checkbox"/> Vale(s), cuota moderadora/ copago, pin según el caso.		¿Confirmación con el usuario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Volante de autorización vigente.		Fecha y hora del contacto
<input type="checkbox"/> Consentimiento informado firmado por el usuario y médico tratante.		DO MM AAAA HH:MM
<input type="checkbox"/> Exámenes de apoyo diagnóstico		Nombre del contacto
		Teléfono contactado
		Nombre del Funcionario que confirma

Observaciones:

FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE