

A-TIC-HC-MA-001-PR-002-FO-016

\*Tipo de documento de identidad: RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula extranjera, PA: Pasaporte, NUIP: Número único de identificación personal

## DATOS DEL PACIENTE

Apellido(s) y Nombre(s)			Documento de identidad	Edad	Sexo	Número de historia clínica
Servicio de ingreso	Fecha de ingreso	Hora de ingreso	Tipo* 1 Número Servicio de egreso	Fecha de egreso	Hora de egreso	Número de Admisión
	DD 1 MM IAAAA	HH 1 MM		DD 1 MM IAAAA	HH 1 MM	

## MOTIVO DE CONSULTA (Escriba claramente la Información suministrada por el paciente)

## CAUSA EXTERNA

Accidente de trabajo	Otro tipo de accidente	Sospecha de maltrato físico	Enfermedad general <input type="checkbox"/>
Accidente de tránsito	Evento catastrófico	Sospecha de abuso sexual	Enfermedad profesional <input type="checkbox"/>
Accidente rábico	Lesión por agresión	Sospecha de violencia sexual	Otra - Cual:
Accidente ofídico	Lesión auto inflingida	Sospecha de maltrato emocional	

## ENFERMEDAD ACTUAL

## ANTECEDENTES

## REVISIÓN POR SISTEMAS (Relacionados con el motivo de consulta)

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE AL INGRESO

HALLAZGO DEL EXAMEN FISICO

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

Tipo de diagnóstico	Código	Diagnóstico
1.		
2.		
3.		

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO DE EGRESO \*Tipo de diagnóstico: Diagnóstico nuevo, Diagnostico repetido, Impresión diagnóstica

Tipo de diagnóstico	Código	Diagnóstico
1.		
2.		
3.		

Plan de Manejo ambulatorio

Condiciones de salida del paciente	Días de Incapacidad

DATOS DEL MÉDICO QUE EGRESA

Apellido(s) y Nombre(s)	Número de registro	Firma