



FORMATO: JUNTA MEDICA CECIMIN  
A-TIC-HC-MA-001-FO-001  
V1 26-08-2021

FECHA Y HORA							
LUGAR							
NOMBRE Y APELLIDO							
NO. HISTORIA CLINICA:							
ASEGURADOR				FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO
TIPO DE AFILIACION		COTIZANTE		BENEFICIARIO			
DESCRIPCIÓN DEL							
RESUMEN DE LAS ATENCIONES Y METODOLOGIA							
ANÁLISIS Y							
DIAGNOSTICO							
DIAGNOSTICO							
DIAGNOSTICO 3							
RECOMENDACION							
PRONOSTICO Y							
BIBLIOGRAFIA QUE SOPORTA EL ANÁLISIS Y LA DECISION TOMADA							
FIRMA DE LOS PARTICIPANTES							
NOMBRE Y APELLIDO DEL							
NOMBRE Y APELLIDO DEL							
NOMBRE Y APELLIDO DEL							
NOMBRE Y APELLIDO DEL							

