

COMPLEJO MÉDICO FRANCLAR



FICHA DE CITA

NÚMERO DE CITA			
NOMBRE DE PACIENTE			
FECHA DE NACIMIENTO		IDENTIDAD	
EDAD		FECHA DE ATENCIÓN	
GÉNERO		ESTADO CIVIL	
DOMICILIO			

SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL		FRECUENCIA CARDIACA	
FRECUENCIA RESPIRATORIA		TEMPERATURA	
PRESIÓN ARTERIAL MEDIA		GLUCOMETRÍA	
PESO		TALLA	

DETALLE DE LA CONSULTA

ANAMNESIS

EXAMEN FÍSICO

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO