



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA DE PROMOÇÃO E
ASSISTÊNCIA A SAÚDE

Do C.S.Nº: _____
Para: _____

GUIA DE CONSULTA

REGISTRO CLÍNICO Nº:	Iniciais do Nome	D C	DATA DE NASC.			Sexo 1-M/2-F
			Dia	Mês	Ano	
Nome: _____						
Filiação: _____						
Natural: _____ End.: _____ _____ Fone: _____						

CENTRO DE SAÚDE

ATENDIMENTO Emergência Urgência

Queixa Principal: _____

Impressão Diagnóstica (CID): _____

Referência: _____

/ ____ / ____ DATA

Carimbo e Assinatura do Médico do C.S.

HOSPITAL REGIONAL

INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO

ORIENTAÇÃO DE SEGMENTO
Internado: Sim Não

CONDUTA AMBULATORIAL
 Especializado Primário

Terapêutica: _____

Contra Referência: _____

OBSERVAÇÃO: A nível primário, orientar a conduta de seguimento.

/ ____ / ____ Data

Carimbo e Assinatura do Médico da C.R.S.