SINBA-SIS-02-I														<u>-02-P</u>																							
HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA DE SALUD BUCAL. INTRAMUROS FECHA: DÍA MES																l AÑO]																				
CLUES: NOMBRE UNIDAD: CURP: NOMBRE DEL PRESTA									RESTAD	DOR DE SERVICIO:					٦	TIPO DE PERSONAL:						CÉD	CÉDULA PROFESIONAL:					SERVICIO:									
TIPO DE PERSONAL: 1.PASANTE EN ODONTOLOGÍA, 2.ODONTÓLOGO, 3.ODONTÓLOGO ESPECIALISTA, 88.OTROS SERVICIO: 1.ODONTOLOGÍA, 2.ODONTOPEDIATRÍA, 3.ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, 88.OTROS RT (RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO): 1.PRIMERA VEZ, 2.SUBSECUENTE										1. CLAVE DE LA EDAD: M.MESES, A.AÑOS 2. SEXO: 1.HOMBRE, 2.MUJER 3. DERECHOHABIENCIA: 1.IMSS, 2.ISSSTE, 3.OTRA				4. DIFICULTAD PARA: (DISCAPACIDAD) a: 1.VER, 2.ESCUCHAR, 3.CAMINAR, 4.USAR BRAZOS/MANOS, 5.APRENDER/RECORDAR, 6.CUIDADO PERSONAL, 7.HABLAR/COMUNICARSE, 8.EMOCIONAL/MENTAL, 9.NINGUNA; b: 1.POCA DIFICULTAD, 2.MUCHA DIFICULTAD, 3.NO PUEDE HACERLO, 9.SIN DIFICULTAD c: 1.ENFERMEDAD, 2.EDAD AVANZADA, 3.NACIÓ ASÍ, 4.ACCIDENTE, 5.VIOLENCIA, 6.OTRA CAUSA, 9.SIN DIFICULTAD																							
IDENTIFICAC S	FECHA DE NACIMIENTO EDAD CLAVE DE LA EDAD SEXO INDÍGENA SEGURO POPULAR PROSPERA			PROSPERA DERECHOHABIENCIA	MEDICIONES PESO/TALLA MEDICIONES PESO/TALLA DIFICULTAD PARA (DISCAPACIDAD) MIGRANTE RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO				DIA G N Ó S T I C O			X.	PRIMERA VEZ EN EL ANO CONTROL DE PLACA	LLADO DENTAL		o /isión		APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	E BARNIZ CON	SELLADO DE FOSETAS Y ZATO PISURAS	CIC	No. D	CIONE	AANENTE SAN SAN SON MATERIAL	IATERIAL	TERAPIA PULPAR	FÁRMACOTERAPIA	OTRAS ATENCIONES	RADIOGRAFIAS TRATAMIENTO INTEGRAL TERMINADO	CIÓ LA S	PRESENTA CARTILLA	REFERIDO	UNIDAD CONSULTANTE TM				
CURP / Entidad de nacimie Nombre (Nombre(s), Primer No. de Afiliación	ento er Apellido, Segundo Apellido)					Peso	b			_					1ª vez												П	Ī	Ī			Ī		Γ			
CURP / Entidad de nacimie Nombre (Nombre(s), Primer No. de Afiliación	ento er Apellido, Segundo Apellido)					Peso Talla	b c								1ª vez																						
CURP / Entidad de nacimie Nombre (Nombre(s), Primer No. de Afiliación	ento er Apellido, Segundo Apellido)					Peso Talla	a b c								1ª vez																						
CURP / Entidad de nacimie Nombre (Nombre(s), Primei No. de Afiliación	ento er Apellido, Segundo Apellido)					Peso	a b c								1ª vez 1ª vez																						

1^a vez

CURP / Entidad de nacimiento

No. de Afiliación

Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)

Talla