

FECHA		DPTO.	PRO.	DIST.	ESTABLEC.		SERVICIO	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
MES	1	AÑO				2		3		4				
5	6	7	8	9	10	11	12		13			14	15	
DIA	FICHA FAMILIAR O HISTORIA CLINICA	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNOSTICO			LAB.	CODIGO	
									P	D	R			
13				M	N	N	1		P	D	R			
					C	C	2		P	D	R			
				F	R	R	3		P	D	R			
14				M	N	N	1		P	D	R			
					C	C	2		P	D	R			
				F	R	R	3		P	D	R			
15				M	N	N	1		P	D	R			
					C	C	2		P	D	R			
				F	R	R	3		P	D	R			
16				M	N	N	1		P	D	R			
					C	C	2		P	D	R			
				F	R	R	3		P	D	R			
17				M	N	N	1		P	D	R			
					C	C	2		P	D	R			
				F	R	R	3		P	D	R			
18				M	N	N	1		P	D	R			
					C	C	2		P	D	R			
				F	R	R	3		P	D	R			
19				M	N	N	1		P	D	R			
					C	C	2		P	D	R			
				F	R	R	3		P	D	R			
20				M	N	N	1		P	D	R			
					C	C	2		P	D	R			
				F	R	R	3		P	D	R			
21				M	N	N	1		P	D	R			
					C	C	2		P	D	R			
				F	R	R	3		P	D	R			
22				M	N	N	1		P	D	R			
					C	C	2		P	D	R			
				F	R	R	3		P	D	R			
23				M	N	N	1		P	D	R			
					C	C	2		P	D	R			
				F	R	R	3		P	D	R			
24				M	N	N	1		P	D	R			
					C	C	2		P	D	R			
				F	R	R	3		P	D	R			
25				M	N	N	1		P	D	R			
					C	C	2		P	D	R			
				F	R	R	3		P	D	R			