

ATENCION DE URGENCIA

A. IDENTIFICACION

<div>1er. APELLIDO</div> <div>2do. APELLIDO (O DE CASADA)</div> <div>NOMBRES</div>			<div>No. HISTORIA CLINICA</div>	
<div>EDAD</div>	<div>SEXO</div> <div>H<input type="checkbox"/></div> <div>M<input type="checkbox"/></div>	<div>TIPO</div>	<div>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</div>	<div>FECHA DE NACIMIENTO</div>
<div>RESIDENCIA ACTUAL: (Direccion, Localidad, Municipio, Seccion del Pais)</div>			<div>TELEFONO:</div>	
<div>PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE: Nombre y Relacion de Parentesco o Amistad/Direccion</div>				
<div>Grupo Etnico o de Poblacion</div> <div>INDÍGENA<input type="checkbox"/> ROM(gitano)<input type="checkbox"/> RAÍZAL<input type="checkbox"/> PALENQUERO<input type="checkbox"/> NEGRO(A),MULATO(A),AFROCOLOMBIANO<input type="checkbox"/> NINGUNO<input type="checkbox"/></div>				

B. LLEGADA DEL PACIENTE

<div>FECHA</div>	<div>EL PACIENTE LLEGA POR SUS PROPIOS MEDIOS?</div> <div>CUAL</div>	<div>EN QUE ESTADO LLEGO EL PACIENTE?</div>
<div>AÑOS MES DIA</div>		
<div>ACOMPAÑANTE: Nombre, Direccion, Telefono, Municipio</div> <div>NOMBRE</div> <div>TELEFONO</div> <div>DIRECCION</div> <div>MUNICIPIO</div>		