



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.

Dia

Mês

Ano

Sexo
1-M/2-F

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.