

Establecimiento: _____

Apellido y Nombre:	Fecha:
Especialidad/Prestación:	

Hora Turno	Nro. DNI	OBRA SOCIAL	APELLIDOS Y NOMBRES	RESIDENCIA HABITUAL DEL PACIENTE DOMICILIO/LOCALIDAD	Sexo	EDAD			DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	1ra. Vez	Ulterior	C2	Resolución en este efector		15. OTROS		
	HC					Años	Meses	Días					Si	No	A	B	C
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	

Observación de la consulta. (Identificar con DNI)	Observación de la consulta. (Identificar con DNI)	15 - Utilizar para investigaciones locales
_____	_____	A: _____
_____	_____	B: _____
_____	_____	C: _____

Establecimiento: _____

Apellido y Nombre:	Fecha:
Especialidad/Prestación:	

Hora Turno	Nro. DNI	OBRA SOCIAL	APELLIDOS Y NOMBRES	RESIDENCIA HABITUAL DEL PACIENTE DOMICILIO/LOCALIDAD	Sexo	EDAD			DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA	1ra. Vez	Ulterior	C2	Resolución en este efector		15. OTROS		
	HC					Años	Meses	Días					Si	No	A	B	C
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	

Observación de la consulta. (Identificar con DNI)	Observación de la consulta. (Identificar con DNI)	15 - Utilizar para investigaciones locales
_____	_____	A: _____
_____	_____	B: _____
_____	_____	C: _____