

CLUES:

--	--

Edo

--	--	--

Institución

--	--	--	--

Consecutivo

--

Ver

FOLIO: | | | | | | | |

[illegible]

AFECIONES TRATADAS		CODIGO CIE
A.P.	AFECCIÓN PRINCIPAL:	
COMORBILIDADES	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
	6.	
	RESELECCIÓN AF. P.	
CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión):		
LLENADO DE HOJA DE ATENCIÓN POR VIOLENCIA Y/O LESIÓN: 1 Sí 2 No FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES:		

[illegible]

PROCEDIMIENTOS		CODIGO CIE - 9 MC
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Para uso exclusivo del personal calificador

MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS	Nombre genérico	Presentación	CÓDIGO DE MEDICAMENTOS			
			1	2	3	4
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Para menores de 5 años

IRAS

1 *Sintomático*

2 *Con antibiótico*

3 *Antivirales*

EDAS
Plan

A B C

Número de sobres

Para uso exclusivo del personal codificado

PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE:									
NOMBRE: _____									
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <i>Nombre(s)</i> <i>Primer Apellido</i> <i>Segundo Apellido</i> </div>									
C.U.R.P.:									
CÉDULA PROFESIONAL:					FIRMA: _____				