



Fecha de Ingreso:	Hora de Ingreso:	Número de Ingreso:
Fecha Inicio Atención:	Hora de Atención:	Número de Historia:
Fecha Fin de Atención:	Hora Fin Atención:	Ámbito Realización:
Tipo de Consulta:		Código Ministerio:
Nombre IPS:		Convenio:
IPS Primaria:		Ciudad:
Grupo Atención:		Zona:

### Datos del Paciente

Nombre:	Tipo Identificación:	N° Identificación:
Tipo de Afiliado:	Fecha Nacimiento :	Edad:
Causa Externa:	Estado Civil:	Sexo:
Finalidad:	Grupo Sanguineo y RH:	Dirección:
Ocupación:		Teléfono:
Acompañante:	Teléfono:	Parentesco:
Responsable:	Teléfono:	Parentesco:

## Anamnesis

Referencia y Contrareferencia:  
 Motivo de Consulta :  
 Enfermedad Actual :  
 Escala del Dolor:  
 Discapacidades :

## Análisis

Profesional:  
Especialidad:  
Registro Médico:  
Identificación :