

ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

No.	FECHA DE ATENCION	PRESTADOR RESPONSABLE DE LA ATENCION	LUGAR DE
			COMUNA

REGISTRO DE ATENCION JORNADA SALUD B
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____

ATENCION	DATOS DEL USUARIO ATENDIDO			
BARRIO	**NOMBRE DEL PACIENTE**	**IDENTIFICACION**	**EDAD**	**SEXO**

ARNIZ DE FLUOR + IEC

TIPO DE ASEGURAMIENTO		TIPO DE INTERVENCI	
EAPB	**PPNA**	**PRIMERA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR**	**SEGUNDA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR**

ON
INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN EN SALUD ORAL

