Nombre: _____

Tipo: RC: ___TI: ___CC: ___CE: ___ OTRO: _____ No de doc. _____

Fecha de nacimiento: dd/ mm / aaaa RH: ____ Edad: _____ Fecha de ingreso: dd/ mm / aaaa

EPS: _____ Programa domiciliario: SI ____ NO ____ Cual: _____

Alergias: SI ___ NO ___ Cual: _____ Requiere Oxigeno: SI: _____ NO: _____

TALLA: _____ PESO: _____ DIETA: _____

Diagnósticos	Cirugías – Procedimientos

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO		
Medicamento	Frecuencia	Dosis

Auxiliar de enfermería a cargo	Enfermero a cargo

SEGUIMIENTO A CITAS MEDICAS		
ESPECIALIDAD	**FECHA**	**OBSERVACIONES IMPORTANTES**

ESPECIALIDAD	FECHA	OBSERVACIONES IMPORTANTES

ESPECIALIDAD	FECHA	OBSERVACIONES IMPORTANTES

SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA PROFESIONAL					
MES	REVISIÓN	MES	REVISIÓN	MES	REVISIÓN