FORMATO DERIVACIÓN SERVICIOS DE SALUD - EQUIPOS DE ACCIÓN COMUNITARIA
DESPRENDIBLE PARA EL USUARIO

Desprendible para el usuario

NOMBRES: Ana APELLIDOS: Bravo Nauia

TIPO DE DOCUMENTO:
ADULTO SIN ID: ☐ CC: ☒ CE: ☐ NIÑO(A) SIN ID: ☐ RC: ☐ TI: ☐ OTRO/CUAL: ☐ No. DOCUMENTO: 31845631

SGSSS
CONTRIBUTIVO: ☒ SUBSIDIADO: ☐ RÉGIMEN ESPECIAL: ☐ NO ASEGURADO: ☐ NOMBRE EAPB: S.O.S

SERVICIO AL QUE SE REMITE: Vacunación FECHA DE CANALIZACIÓN D: 24 M: 11 A: 25

DX REMISIÓN 1: Programa Vejez
DX REMISIÓN 2:
DX REMISIÓN 3:

ANTECEDENTES Y/O HALLAZGOS DE CANALIZACIÓN
Se identifica que no cuenta con la vacuna de la influenza y no asiste al programa de Vejez

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL QUE CANALIZA
Deby Alfonso Gauria

Powered by CamScanner