REGISTRO DIARIO DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA

ESTABLECIMIENTO: _____

FECHA: _____ DIA _____ MES _____ ANO

HORARIO DE ATENCION: DE_____ A _____

TITULAR: ☐

SUPLENTE: ☐

_____
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL MEDICO

_____
N° MATRICULA

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Nº	Nº HC	Nº ASEGURADO	Apellido Paterno, Materno y Nombres	TIPO DE PACIENTE	EDAD Y SEXO		PESO (Kgr)	TALLA (cm)	CONSULTA		ESTADO NUTRICIONAL (IMC)					EXAMENES COMPLEMENTARIOS			DETECCIÓN DE ENFERMEDADES									ENFERMEDADES PREVALENTES		INTERCONSULTAS	DIAGNÓSTICO	CIE - 10	TRATAMIENTO	REFERENCIA	CONTRAREFERENCIA
					M	F			N	R	Desnutrición Moderada	Desnutrición Grave	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Laboratorios	Imagenología	Otros	Diabetes Mellitus	Hipertensión Arterial	ITS - VIH - SIDA	Examen Prostático (mayor de 40 años)	Examen de Mama	IVAA	PAP	SINTOMAT.RESP. TUBERCULOSIS	IRA / NEUMONIA	EDA						
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	(30)	(31)	(32)	(33)	(34)
1																														1.-				
2																														1.-				
3																														1.-				
4																														1.-				
5																														1.-				
6																														1.-				
7																														1.-				
8																														1.-				
9																														1.-				
10																														1.-				
11																														1.-				
12																														1.-				
13																														1.-				
14																														1.-				
15																														1.-				
16																														1.-				
17																														1.-				
18																														1.-				
19																														1.-				
20																														1.-				
21																														1.-				
22																														1.-				
23																														1.-				
24																														1.-				
TOTAL																																		