INFORME DIARIO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

ESTABLECIMIENTO: _____

FECHA: _____ (DIA) _____ (MES) _____ (AÑO)

HORARIO DE ATENCION: De_____ A_____

TITULAR ☐

SUPLENTE ☐

_____
NOMBRES Y APELLIDOS DEL MEDICO

_____
Nº MATRICULA

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO:

Nº	Nº de Historia Clinica o Nº de Asegurado	Apellido Paterno, Materno y Nombres	TIPO DE PACIENTE	HORA - MINUTOS (Ingreso)	HORA - MINUTOS (Egreso)	EDAD Y SEXO		EXAMENENES COMPLEMENTARIOS						DIAGNÓSTICO	CIE-10	TRATAMIENTO	INTERNACIÓN	REFERENCIA DE	REFERENCIA JUSTIFICADA	REFERENCIA ADECUADA	REFERENCIA OPORTUNA	CONTRAREFERENCIA	CURACIONES			Suturas
						M	F	Laboratorio	Rayos X	Ecografía	Tomografía axial computarizada	Electrocardiograma	otros										Mayores	Medianas	Menores	
	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
1														1.- _____ 2.- _____												
2														1.- _____ 2.- _____												
3														1.- _____ 2.- _____												
4														1.- _____ 2.- _____												
5														1.- _____ 2.- _____												
6														1.- _____ 2.- _____												
7														1.- _____ 2.- _____												
8														1.- _____ 2.- _____												
9														1.- _____ 2.- _____												
10														1.- _____ 2.- _____												
11														1.- _____ 2.- _____												
12														1.- _____ 2.- _____												
13														1.- _____ 2.- _____												
14														1.- _____ 2.- _____												
15														1.- _____ 2.- _____												
16														1.- _____ 2.- _____												
17														1.- _____ 2.- _____												
18														1.- _____ 2.- _____												
19														1.- _____ 2.- _____												
20														1.- _____ 2.- _____												
21														1.- _____ 2.- _____												
22														1.- _____ 2.- _____												
23														1.- _____ 2.- _____												
24														1.- _____ 2.- _____												
	TOTAL																									