FORMATO PARA REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA MENTAL

Instituto Departamental de Salud de Nariño
Comprometidos con su bienestar

Espacio para logo de la institución de salud

NOMBRE: ____TIPO Y No. DE DOCUMENTO: ___ - ______________

FECHA DE NACIMIENTO: __ /__ /____ RESIDENCIA: __________________________________ TELÉFONO: ____________

EPS: _____________________ GRUPO ÉTNICO: ________________ POBLACIÓN LGTBI: _________ VICTIMA DE CONFLICTO: _________

CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN: ____

DIAGNÓSTICO: ____ CIE 10: ____________

AGENTE COMUNITARIO DE LA ZONA: _____________________________________ TELÉFONO: ____________

RESPONSABLE DEL PACIENTE: ________________________________ PARENTESCO: ____________________

RESIDENCIA: ____ TELÉFONO: ___________________________

FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	FECHA PRÓXIMO CONTROL	SEGUIMIENTO POR		CONTROL POR ESPECIALISTA	REMITIDO PARA CONTROL	NOMBRE DEL PROFESIONAL
				MEDICINA	PSICOLOGÍA			

FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	FECHA PRÓXIMO CONTROL	SEGUIMIENTO POR		CONTROL POR ESPECIALISTA	REMITIDO PARA CONTROL	NOMBRE DEL PROFESIONAL
				MEDICINA	PSICOLOGÍA			

FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	FECHA PRÓXIMO CONTROL	SEGUIMIENTO POR		CONTROL POR ESPECIALISTA	REMITIDO PARA CONTROL	NOMBRE DEL PROFESIONAL
				MEDICINA	PSICOLOGÍA			

FORMATO PARA REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA MENTAL

Espacio para logo de la institución de salud

NOMBRE: _____TIPO Y No. DE DOCUMENTO: ___ - _____
FECHA DE NACIMIENTO: __ /__ /____ RESIDENCIA: _____ TELÉFONO: _____
EPS: _____ GRUPO ÉTNICO: _____ POBLACIÓN LGTBI: _____ _____
CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN: _____
DIAGNÓSTICO: _____ CIE 10: _____
AGENTE COMUNITARIO DE LA ZONA: _____ TELÉFONO: _____
RESPONSABLE DEL PACIENTE: _____ PARENTESCO: _____
RESIDENCIA: _____ TELÉFONO: _____

FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	FECHA PRÓXIMO CONTROL	SEGUIMIENTO POR		CONTROL POR ESPECIALISTA	REMITIDO PARA CONTROL	NOMBRE DEL PROFESIONAL
				MEDICINA	PSICOLOGÍA			