



REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN EN SALUD

LOCALIDAD: _____ MES: _____ AÑO: _____ NOMBRE DE PERSONAL DE SALUD: _____
 CÉDULA PROFESIONAL: _____

FECHA:		REG	EDAD		SIGNOS VITALES													SERVICIOS		DIAGNÓSTICO	MEDICAMENTO Ó PROCEDIMIENTO	FIRMA DEL PACIENTE								
N°	FECHA Y HORA DE ATENCIÓN	EST. DE NAC.	Fec. De Nac.	Edad	SEXO	PESO	TALLA	FC	FR	T°	T/A	IMC	DXTX	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONSULTA MÉDICA	NUTRICIÓN	ODONTOLOGÍA	HAS	DM 1/2				EMBARAZO	IRA. VEZ	SUBSECUENTE	DETECCIONES	EDUCACIÓN SANITARIA	SE SOLICITAN LABS	REFERENCIA POR SALUD EN LA MUJER	REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS
	CURP: NOMBRE		MM AA DD	A/M	F/M																									
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														

NOTA: En cumplimiento a la Ley de Protección de datos personales en posición d sujetos obligados para el Estado de Quintana Roo, el H. Ayuntamiento del municipio de Tulum informa que los datos personales pueden ser utilizados con la finalidad de realizar el registro de los ciudadanos beneficiados, elaborar informes y realizar estadísticas generales con fin de mejorar en la salud pública del Municipio de Tulum; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado en este formato. Agradeciendo de antemano su colaboración.