



REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN EN SALUD

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

FECHA	REC	D	EST. DENAC.	Fec. De Nac.	Edad	SEXO	PESO	TALLA	FC	FR	T°	T/A	IMC	DXTX	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONSULTA MÉDICA	NUTRICIÓN	ODONTOLOGÍA	HAS	DM 12	EMBARAZO	1RA. VEZ	SUBSECUENTE	DETECCIONES	EDUCACIÓN SANITARIA	SE SOLICITAN LABS	REFERENCIA POR SALUD EN LA MUJER	REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS	DIAGNOSTICO	MEDICAMENTO O PROCEDIMIENTO	FIRMA DEL PACIENTE
Nº	FECHA Y HORA DE ATENCIÓN	Nombre (s)/Apellido Paterno/Apellido Materno		AA	MM	DD	A/M	F/M																							
1		CURP: NOMBRE		AA	MM	DD																									
2		CURP: NOMBRE		AA	MM	DD																									
3		CURP: NOMBRE		AA	MM	DD																									
4		CURP: NOMBRE		AA	MM	DD																									
5		CURP: NOMBRE		AA	MM	DD																									
6		CURP: NOMBRE		AA	MM	DD																									
7		CURP: NOMBRE		AA	MM	DD																									
8		CURP: NOMBRE		AA	MM	DD																									
9		CURP: NOMBRE		AA	MM	DD																									
10		CURP: NOMBRE		AA	MM	DD																									

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.