



REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN EN SALUD

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

N°	FECHA Y HORA DE ATENCIÓN	Nombre (s)/Apellido Paterno/Apellido Materno	EST. DE NAC.	Fec. De Nac.		Edad	SEXO	PESO	TALLA	FC	FR	T°	T/A	IMC	DXTX	SIGNOS VITALES	SEÑALES	CONSULTA MEDICA	NUTRICION	ODONTOLOGIA	HAS	DM 1/2	EMBRAZO	1RA. VEZ	SUBSECUENTE	DETECCIONES	EDUCACIÓN SANITARIA	SE SOLICITAN LABS	REFERENCIA POR SALUD EN LA MUJER	REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS	DIAGNOSTICO	MEDICAMENTO Ó PROCEDIMIENTO	FIRMA DEL PACIENTE	
				A/M	F/M																													
1		CURP: NOMBRE		MM	AA																													
2		CURP: NOMBRE		MM	AA																													
3		CURP: NOMBRE		MM	AA																													
4		CURP: NOMBRE		MM	AA																													
5		CURP: NOMBRE		MM	AA																													
6		CURP: NOMBRE		MM	AA																													
7		CURP: NOMBRE		MM	AA																													
8		CURP: NOMBRE		MM	AA																													
9		CURP: NOMBRE		MM	AA																													
10		CURP: NOMBRE		MM	AA																													

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.