DOCUMENTO CONTROLADO

FECHA:		**NOMBRE Y APELLIDO:**		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		**ESTAMENTO:**	**SEXO: F( ) M( ) OTRO( )**	
EDAD:	**SEDE:**	**FACULTAD:**		
SEMESTRE:		**PROGRAMA ACADÉMICO O AREA DONDE LABORA :**		
GRUPO PRIORIZADO		ETNICO ( )	DISCAPACIDAD ( )	
VICTIMA CONFLICO ARMADO ( )		COMUNIDAD LGTBIQ+ ( )	HABITANTE DE FRONTERA ( )	
TELÉFONO:		**CORREO:**		
DIRECCIÓN:		**NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:**		
TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE:				
MOTIVO DE LA ATENCIÒN:				
PACIENTE TRASLADADO:	**SI**	**NO**	**DONDE:**	
SEGUIMIENTO DEL PACIENTE:				
EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:				
OBSERVACIÓN:				

_____ _____

FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE **FIRMA DEL MEDICO Y/O TRABAJADOR SOCIAL**