

<b>MORBILIDAD DIARIA</b>										1. Fecha:
										2. Centro de Formación:
3. Nombre y Apellido del Médico(a):					4. Consulta:					5. Turno:
6. DATOS DEL USUARIO(A):										
N°	APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	CÉDULA	EDAD	SEXO	COD	TIPO DE CONSULTA		DIAGNÓSTICO	REPOSO	PROCEDENCIA
						P	S			
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										

## Formulario “MORBILIDAD DIARIA”

**Código:** FOR: MD-DS-USM-001

**Utilidad:** Registrar los datos correspondientes a los pacientes debidamente atendido por turno

### Instrucciones de llenado del formulario “MORBILIDAD DIARIA”

<b>Campo</b>	<b>Instrucciones</b>
--------------	----------------------

1. Coloque la fecha del llenado.
2. Especifique el centro de formación en el cual se encuentra el Servicio Médico.
3. Coloque nombre y apellido del Médico tratante.
4. Indique el tipo de consulta.
5. Escriba el turno (Mañana/Tarde).
6. Escriba los datos por Usuarios(as) (Nombre(s) y Apellido(s)), e indique resultado de la consulta.
7. Estampe firma y sello de la Enfermería área de Observación/Preclínica.