



Ficha de atención por guardia

FECHA				HORA	
-------	--	--	--	------	--

Nombre y Apellido:.....

Nº de Historia Clínica:..... DNI:.....

Edad:..... Fecha de Nacimiento:/...../..... Estado Civil:.....

Domicilio:.....

Tel. Particular:..... Tel. referencial:.....

Persona de Referencia:.....

Estudios:.....

Ocupación:.....

Grupo Familiar:.....

Motivo de Consulta:.....

Presentación:.....

.....

.....

.....

.....

Antecedentes de Atención y Tratamiento:.....

.....

.....

.....

.....

Enfermedades Somáticas Concomitantes:.....

.....

.....

.....

.....

Diagnóstico Presuntivo:.....

.....

.....

.....

.....

Diagnóstico de Conflicto:.....

.....

.....

.....

.....

Indicaciones:.....

.....

.....

.....

.....

