

	<b>TERAPIAS C.T.J</b> <b>LISTA DE CHEQUEO INTERDEPENDENCIA</b>	<b>Código: 001-CTJD-ID-FO-LC</b> <b>Versión: 02</b> <b>Fecha: 2-02-2023</b> <b>Página 1 de 1</b>
----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

## LISTA DE CHEQUEO

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Identificación: CC \_\_\_\_\_ TI \_\_\_\_\_ NUIP \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Medicamentos Permanentes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acudiente: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Establecimiento de origen: \_\_\_\_\_

Establecimiento de destino: \_\_\_\_\_

Motivo de derivación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de responsable: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_