

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

## LISTA DE CHEQUEO

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

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

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

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

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes: (familiares, patológicos, quirúrgicos y toxicoalérgicos): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

Motivo de derivación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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