



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: _____