Formulario	Código
REGISTRO DIARIO DE CONSULTA Y POST-CONSULTA EN PUESTO DE SALUD	**FOR-SIGSA-3PS**
	Versión
	2.1
	Vigente a partir de:
	01/12/2016

Área de Salud: **Distrito de Salud:** **Municipio:** **Servicio de Salud:**

Responsable de la Información: **Cargo:** **Firma:** **Mes:** **Año:**

Día de la Consulta	No. Historia clínica	Nombres y apellidos del paciente	CUI Código Único de Identificación	**1/** Sexo	**2/** Pueblo	**3/** Comunidad lingüística	**4/** Fecha de nacimiento o edad			**5/** Discapacidad	**6/** Orientación Sexual	**7/** Escolaridad	**8/** Profesión u oficio o condición	Residencia		**9/** Agrícola Migrante	**10/** Consulta	**11/** Control	**12/** Semana de Gestación	Referencia			Motivo de consulta y/o clasificación		Tratamiento y/o medicamento formulado				FIRMA O HUELLA DIGITAL DE LA PERSONA QUE RECIBE EL MEDICAMENTO	Notificación		Nombres y apellidos del acompañante
							Día (s)	Mes (es)	Año (s)					Comunidad y/o dirección exacta	Municipio					**13/** Viene	**14/** Fue	Referido a	Descripción de diagnóstico/control	Código CIE-10	Descripción	Presentación	Cantidad Entregada	Cantidad No Entregada		**15/** Lugar	Número	

1/ Sexo:
M = Masculino
F= Femenino

2/ Pueblo:
1 Mestizo, Ladino
2 Maya
3 Garífuna
4 Xinca
5 Otros
6 No indica

3/ Comunidad lingüística: Si es pueblo 2 (Maya):

1. Achi´	10 Kaqchikel	19 Sipakapensa
2 Akateka	11 K´iche´	20 Tektiteka
3 Awakateka	12 Mam	21 Tz'utujil
4 Ch'orti'	13 Mopan	22 Uspanteka
5 Chalchiteka	14 Poqomam	23 No indica
6 Chuj	15 Pocomchi'	
7 Itza'	16 Q'anjob'al	
8 Ixil	17 Q'eqchi'	
9 Jakalteka	18 Sakapulteka	

4/ Fecha de nacimiento o edad
<u>Fecha de nacimiento:</u>
Registre la fecha de nacimiento en formato dd/mm/aaaa.
<u>Edad:</u>
<u>Estas casillas son excluyentes:</u>
Si el fallecido era menor de un mes, anotar la edad en días.
Si el fallecido era menor de un año, anotar la edad en meses.
Si el fallecido era mayor de un año, anotar la edad en años.

5/ Discapacidad:
0. No aplica
1 Física
2 Mental
3 Visual
4 Auditiva
5 Otro

6/ Orientación Sexual
0 No aplica
1 Heterosexual
2 Bisexual
3 Homosexual
4 Trans
5 Otro

7/ Escolaridad:
0. No aplica
1 Pre Primaria
2 Primaria
3 Básicos
4 Diversificado
5 Universidad
6 Ninguno
7 Otro

8/ Profesión u oficio o condición:
0 No aplica
1 Ama de Casa
2 Mujer Trabajadora Sexual
3 Hombre trabajador sexual
4 Persona Privada de Libertad
5 Joven en riesgo social
6 Uniformados
7 Migrantes
8 Otros

9/ Agrícola Migrante: □
Si es trabajador agrícola migrante marque con una "X".

10/ Consulta:
1 Primera consulta (paciente que asiste a consulta por primera vez al servicio por una enfermedad)
2 Reconsulta (paciente que asiste al servicio por seguimiento por una enfermedad)
3 Emergencia (paciente que asiste al servicio por urgencia médica)

11/ Control:
0 No aplica
1 Prenatal
2 Puerperio
3 Planificación Familiar
4 Profilaxia Sexual
5 Papanicolaou
6 IVAA

12/ Semana de Gestación:
Escriba el número de semana gestacional (1, 2, 3, 4, …… 42).

<u>Referencia:</u>
13/ Viene:
0 No aplica
1 Viene Referido
2 Viene Contra Referido

14/ Fue:
0 No aplica
1 Fue Referido
2 Fue Contra Referido

15/ Lugar de Notificación
0 No aplica
1 Ministerio Público
2 Procuraduría General de la Nación
3 Policia Nacional Civil