Formulario	Código
REGISTRO DIARIO DE POST-CONSULTA EN CENTRO DE SALUD U HOSPITAL	**FOR-SIGSA-4**
	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:**

No. de Orden	Día de la Post Consulta	Nombre y apellidos del paciente	CUI Código Único de Identificación	Nombre del responsable de la consulta	No. Historia clínica	**Motivo de consulta y/o clasificación**	**Tratamiento y/o medicamento formulado**				FIRMA O HUELLA DIGITAL DE LA PERSONA QUE RECIBE EL MEDICAMENTO
						Código CIE-10	Descripción	Presentación	Cantidad Entregada	Cantidad No Entregada	