

FORMATO

**CÓDIGO PACIENTE
O STICKER**

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: M F

Medicamentos: _____

Doc. Id. _____

Ayuno: SI NO

Dirección _____

Teléfono _____

Alergias: SI NO ¿Cuál? _____

Mujeres: F.U.M: _____

Anticonceptivos: _____

Motivo del examen o diagnóstico: _____

CCV G P A Histerectomía SI NO

Urgentes: SI NO Fecha: _____ Hora: _____

PEND: _____

PRUEBAS DINÁMICAS

Glucometría: _____ Carga: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____ ^{Via} Administración _____

Hora de inicio: _____

Tiempos: _____

Talla: _____ Peso: _____

Tensión: _____

Responsable toma de muestra: _____

PNC _____

Observaciones: _____

Fecha de entrega: _____

Parciales: _____

Correo electrónico: SI NO

Autoriza al LIH envío de información: SI NO Publicación Web: SI NO

Firma Aceptación: _____

Firma de aprobación del profesional que supervisa la prueba dinámica.