



INTERROGATORIO A PACIENTES

FORMATO

CÓDIGO: FOPRE 123

VERSIÓN: 10

VIGENCIA: SEPTIEMBRE DE 2023

PÁGINA: 1 de 1

FECHA: _____ HORA DE TOMA DE MUESTRA: _____
NOMBRE: _____ CIUDAD: _____
Fecha Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Documento Identidad: _____ EDAD: _____
Sexo: F M LGBTQIA+
Dirección: _____
Teléfono: _____

CÓDIGO O STICKER
DEL PACIENTE

MOTIVO DEL EXAMEN

Chequeo:

DIAGNÓSTICO: _____

Control:

MEDICAMENTOS: _____

ALERGIAS: SI NO Cuál?: _____

PRUEBAS DE ESTÍMULO

MEDICAMENTO: _____

DOSIS: _____

GLUCOMETRÍA: _____

VIA DE ADMINISTRACIÓN: _____

HORA INICIO: _____

TIEMPOS: _____

TENSIÓN: _____ ESTATURA: _____ PESO: _____

OBSERVACIONES: _____

MUESTRAS GINECOLÓGICAS (Citología/VPH28)

FECHA ÚLTIMO PERÍODO: _____

ANTICONCEPTIVOS: _____

SITIO DE TOMA
DE MUESTRA

Cervical: Endocervical:

Cupula: Vagina:

Fecha última Citología: _____

Resultado: Normal: Anormal:

G P A

Histerectomía: SI NO

Histerectomía Total: Histerectomía Parcial:

URGENCIA: SI NO

FECHA: _____ HORA: _____

FECHA ENTREGA: _____ ENTREGA PARCIAL: SI NO HORA: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Autoriza a LIH envío de información? SI NO

Autoriza Publicación WEB SI NO

OBSERVACIONES: _____

Información requerida según circular externa Superintendencia de Salud 5-5 del 17 de Septiembre 2021

Maneja Recursos Públicos? SI NO Realiza Operaciones Internacionales? SI NO

"Declaro expresamente que mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal colombiano." SI NO

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA TOMA

MANEJO DE DATOS SEGÚN LEY ESTATUTARIA 1581 de 2012/DECRETO HABEAS DATA 1377 de 2013