

# BITACORA DE RECEPCION DE PACIENTES Y ENTREGA DE RESULTADOS

## RECEPCION DE PACIENTE

No. Interno

Fecha \_\_\_\_\_ ID Nota \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino Tipo de Paciente: ( ) Externo ( ) Coord. Gral. De Salud  
Viene acompañado SI ( ) NO ( )  
Pruebas pendientes: \_\_\_\_\_

## ENTREGA DE RESULTADOS

Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre del que recibe: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Identificación/Recibo: \_\_\_\_\_ Num. ID/Recibo: \_\_\_\_\_

## RECEPCION DE PACIENTE

No. Interno

Fecha \_\_\_\_\_ ID Nota \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino Tipo de Paciente: ( ) Externo ( ) Coord. Gral. De Salud  
Viene acompañado SI ( ) NO ( )  
Pruebas pendientes: \_\_\_\_\_

## ENTREGA DE RESULTADOS

Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre del que recibe: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Identificación/Recibo: \_\_\_\_\_ Num. ID/Recibo: \_\_\_\_\_

## RECEPCION DE PACIENTE

No. Interno

Fecha \_\_\_\_\_ ID Nota \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino Tipo de Paciente: ( ) Externo ( ) Coord. Gral. De Salud  
Viene acompañado SI ( ) NO ( )  
Pruebas pendientes: \_\_\_\_\_

## ENTREGA DE RESULTADOS

Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre del que recibe: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Identificación/Recibo: \_\_\_\_\_ Num. ID/Recibo: \_\_\_\_\_