REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN MÉDICA
PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO
CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL

TURNO **MATUTINO** ☐

MES _____ AÑO _____ CADI _____ MUNICIPIO _____

FECHA	EXPEDIENTE	APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)	EDAD Y SEXO		SALA	1era. VEZ	SUBSECUENTE	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SUSPENSIÓN	DETECCIÓN			ACCIDENTES														HORA	HISTORIA CLÍNICA	DERIVACIÓN
														TIPO DE LESIONES												CAUSAS	ÁREA DONDE OCURRIO			
			M	F							EN FILTRO	POST FILTRO	ENFERMEDAD	HERIDAD	LACERACIÓN	FRACTURA	CONTUSIÓN	LUXACIÓN	QUEMADURA	AMPUTACIÓN	INTOXICACIÓN	PICADURA DE ABEJA	PICADURA DE ALACRAN	INTRODUCCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS	OTROS					

(A) SALAS
1. LAC B
2. LAC C
3. MAT A
4 .MAT B
5. MAT. C
6. PREJARDÍN
7. PREESC. 1
8. PREESC. 2
9. PREESC. 3

CAUSAS
A - Juego
B - Deporte
C - Agreción
D - Asociado a las Caracteristicas del Inmueble
E - Material Escolar
F - Mobiliario
G - Otras

ÁREA DONDE OCURRIO
A - Patio
B - Cancha
C - Aula
D - Escalera
E - Área de Juegos
F - Pasillo
G - Comedor
H - Sanitario
I - En las Inmediaciones del Centro
J - Otras

NOMBRE Y CEDULA PROFECIONAL DEL MÈDICO

Fecha de actualización: 24 de Abril de 2012 V.01 Código: DJ-AI-SG-RE-104