SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Registro Diario de Consulta/ Atención en EESS de PNA

DPNA-FO-005 VERSIÓN: 02
FECHA DE APROBACIÓN: 31/05/2023

DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

ÁREA DE SALUD: _____ ZONA DE SALUD: _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____ NOMBRE DE UNAP: _____

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: CPN ☐ CCDX ☐ CONSULTORIO ☐ ID DEL ESTABLECIMIENTO: _____ FECHA DE REGISTRO: ____ / ____ / ____

DESCRIPCIÓN DE LA ATENCIÓN

NO.	NO. DE FICHA FAMILIAR	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUSARIO	NO. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (CÉDULA/ PASAPORTE/ NUI)	EDAD	SEXO		NACIONALIDAD			DIRECCIÓN	NO. DE SEGURIDAD SOCIAL	RÉGIMEN			ARS	LUGAR DE LA CONSULTA			FRECUENCIA DE CONSULTA						SERVICIO / PROGRAMA DE SALUD	DIAGNÓSTICO IDENTIFICADO	CÓDIGO CIE-(10/11)	TIPO DE ATENCIÓN/ CONSULTA				ID EN EL SIPNA	REFERIDO A:		
																			EN EL AÑO		EN EL EESS		CON DIAGNÓSTICO												
					F	M	DOMINICANA	HAITIANA	OTROS			SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	NO TIENE		ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO	OTRO	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	NUEVO	SUBSECUENTE				PREVENTIVA	DE MORBILIDAD	URGENCIA	PROCEDIMIENTO		CENTRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO	ESTABLECIMIENTO DE MEDIANA COMPLEJIDAD	ESTABLECIMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD
1					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
2					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
3					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
4					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
5					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
6					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
7					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
8					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
9					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
10					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
11					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
12					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
13					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
14					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
15					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
16					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
17					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
18					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
19					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○
20					○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○

MARQUE CON UNA **X** O ✔ INDICANDO EL PROFESIONAL QUE COMPLETA ESTE INSTRUMENTO ES:

☐ MÉDICO PASANTE ☐ MÉDICO FAMILIAR

☐ MÉDICO GENERAL ☐ OTRA ESPECIALIDAD ESPECIFIQUE: _____

_____
NOMBRE DEL MÉDICO

_____
FIRMA DEL MÉDICO