

**SOLICITUD DE SERVICIOS**  
**EVOLUCION**

N° Historia Clínica:  N° Folio: **2** Folio Asociado:

**DATOS PERSONALES**

Nombre Paciente:  Identificación:  Sexo:

Fecha Nacimiento:  Edad Actual:  Estado Civil:

Dirección:  Teléfono:

Procedencia:  Ocupación:

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad: FUERZAS MILITARES Régimen: Regimen\_Simplificado

Plan Beneficios: DIGSA 2021 ARMADA NACIONAL Nivel - Estrato: ESTRATO GENERAL

**DATOS DEL INGRESO**

Responsable:  Teléfono Resp:

Dirección Resp:  N° Ingreso:  Fecha: 22/06/2021 9:42:57 a. m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica Enfermedad: Enfermedad\_General

Código Diagnóstico: Diagnóstico Z046

**LISTADO DE PROCEDIMIENTOS:**

Código	CUPS	Fecha	Cantidad	Estado
39143-156	890384	22/06/2021 9:42:57 a. m.	1	Rutinario

Observaciones: Valoracion para Junta

Total Ítems: 1

FIRMA:

**Médico:** 11342312 GARZON RUIZ MAURICIO

**Especialidad:** 590 - PSIQUIATRIA

Señor Usuario: El Hospital Militar Central en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 se hace responsable del tratamiento de sus datos personales con las finalidades descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Entidad.