

 DEPARTAMENTO DEL CESAR	<b>SECRETARIA DE EDUCACION DEL CESAR</b>	Código: H01.01.F05 Versión: 3
	<b>FORMATO DE ASISTENCIA MÉDICA</b>	Fecha: 26/02/2019

### 1. DATOS PERSONALES:

NOMBRES Y APELLIDOS:	
CEDULA:	
LUGAR Y DIRECCION RESIDENCIA:	
TELEFONO:	
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO Y MUNICIPIO DONDE LABORAL:	
LUGAR DE ATENCION:	

### 2. DATOS DE LA ATENCION MEDICA

SERVICIO	DESCRIPCION	CITA	
		FECHA D/M/A	HORA
TIPO DE CONSULTA			
ENFERMEDAD COMUN		ENFERMEDAD PROFESIONAL	
NOMBRE LEGIBLE DEL MEDICO TRATANTE			
REGISTRO MEDICO			
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE			