

		REGISTRATION CARD FOR CONTINUOUSLY REGISTERED			
PERSONAL DETAILS NAME: _____ ADDRESS: _____ CONTACT NO: _____		REGISTRATION DETAILS REGISTRATION NO: _____ REGISTRATION DATE: _____ REGISTRATION TYPE: _____			
EDUCATIONAL DETAILS EDUCATION: _____ INSTITUTION: _____ DATE OF COMPLETION: _____		EMPLOYMENT DETAILS EMPLOYER: _____ EMPLOYMENT TYPE: _____ DATE OF JOINING: _____			
DECLARATION I hereby declare that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief.					
SIGNATURE _____ _____ _____					
REMARKS _____ _____ _____					
OFFICIAL USE ONLY _____ _____ _____					



REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBIERNO NACIONAL

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

1. DATOS PERSONALES:

Nombre completo: _____

Apellido: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Identificación: _____

2. DATOS DE CONTACTO:

Dirección: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

3. DATOS DE EMERGENCIA:

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

4. DATOS DE REGISTRO:

Fecha de registro: _____

Lugar de registro: _____

Nombre del médico: _____

Nombre de la enfermera: _____

5. DATOS DE CONSULTA:

Fecha de consulta: _____

Horario de consulta: _____

Nombre del médico: _____

Nombre de la enfermera: _____

6. DATOS DE PAGAMENTO:

Forma de pago: _____

Monto: _____

7. DATOS DE SEGURO:

Nombre de la aseguradora: _____

Número de póliza: _____

8. DATOS DE OTROS:

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Celular: _____





Fecha: 00/00/00
 Hora: 00:00

Nombre: 00000000000000000000
 Apellido: 00000000000000000000