Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud	**NORMA** **ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS**	Característica REG 1.2	Hospital Clínico MAGALLANES
	PAUTA DE EVALUACIÓN **DATO ATENCIÓN DE URGENCIA GENERAL (DAU)**	**AÑO 2018**	

SERVICIO: _____ **MES:** _____

Nº	RUT del paciente	Contenidos mínimos y obligatorios a llenar a la llegada del consultante a Unidad de Emergencia Hospitalaria								Contenidos mínimos y obligatorios durante la Categorización				Contenidos mínimos y obligatorios a llenar durante la atención médica						Cumple	
		Fecha de atención		Hora de llegada		Nombre y dos apellidos del consultante		RUT		Categorización ESI		Motivo de Consulta		Diagnóstico		Indicaciones y tratamiento		Firma del Médico			
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					