Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud	**NORMA** **ESTÁNDARES DE REGISTROS CLÍNICOS**	Característica REG 1.2
	PAUTA DE EVALUACIÓN **DATO ATENCIÓN DE URGENCIA GINECO-OBSTETRICIA**	**AÑO 2018**

Hospital Clínico MAGALLANES

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	
		N° de DAU		Fecha de atención		Hora de llegada		Nombre y dos apellidos del consultante		RUT		Categorización		Motivo de Consulta		Registro de Presión Arterial		Registro de Pulso		Registro de Temperatura corporal		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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													