Anexo C. Formato de ingreso de la Posada AME

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

FORMATO DE REGISTRO DE PACIENTES EN POSADA AME (FORMATO RPAME)

JURISDICCIÓN SANITARIA NO. **6**

CENSO DE ATENCIÓN POSADA AME **HOSPITAL DE LA MUJER**

NOMBRE DE LA POSADA: **LOCALIDAD:** **PUEBLA** **FECHA:**

HOSPITAL: **HOSPITAL DE LA MUJER** **MUNICIPIO:** **PUEBLA**

NO.	NOMBRE	EDAD	LOCALIDAD	MUNICIPIO	PERSONA		FECHA DE PROB. DE PARTO O TERMINO DE PUERPERIO	ACOMPAÑANTE	TIEMPO DE ESTANCIA EN LA POSADA	FECHA DE ALTA DE LA PACIENTE EN POSADA	HABLA ALGUNA LENGUA
					EMB.	PUERP.					