INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCION EN SALUD	Codigo: F-AS-UEO2-02
	CENSO POBLACION AFECTADA	Fecha Aprobación: 22/07/11
		Version:01
		Pagina 1 de 1

ALBERGUE: _____ **MUNICIPIO:**_____

No.	Procedencia (Vereda, corregimiento, barrio)	Nombres y Apellidos	Con una X identifique el miembro que es cabeza de la familia	Grupo edad					Documento de Identidad		** Sexo	*** Discapacitado	**** PSD	***** Grupo Étnico	****** Embarazada /Lactante		Afiliación al SGSSS				CRONICOS					telefono de contacto
				< 1 año	1-5	6 - 14	16 - 59	> 61	* Tipo	Número					E	L	Contr	Subs	Vincul	Nombre de EPS/S-C	HTA	DM	IRC	sindrome convulsivo	Trastorno siquiatrico	
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										

*Tipo Doc. Identidad= Cédula -CC, Tarjeta TI; NIUP; Cédula Extranjería CE; **Sexo= H, M; *** Discapacitado= Si / No ****PSD =Población en situacion de desplazamiento ***** Etnia B= Blanco; I= Indígena; A= Afrodescen
****** Embarazada= E Lactante=L

COPIA CONTROLADA