

HOJA DE REFERENCIA

Urgencia: ☐ Sí ☐ No

Fecha: / /
 día mes año

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo: _____

Nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Fecha de nacimiento: / /

día

me

año

Entidad de nacimiento:

Edad: Años Meses Días

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Calle

Número

Colonia

Municipio. Estado

REFERENCIA

De:

Unidad que refiere

Servicio que refiere

Unidad a la que se refiere

Servicio al que se refiere

MOTIVO DE REFERENCIA

Padecimiento actual:

[illegible]

Peso: _____ Talla: _____ FC: _____ FR: _____ TA: _____ / _____ Temp: _____ SatO2: _____
 kg cm lpm rpm SIS DIA °C %

Paraclínicos:

Diagnóstico(s) de envío:

Motivo de envío:

INFORMACIÓN DE QUIEN REFIERE

Nombre completo: _____ **Cédula:** _____

Cargo: _____ **Firma:** _____

Nombre y Firma del Director de la Unidad

Sello de la Unidad

Fecha: / /
 día mes año

CONTRARREFERENCIA

De:	Unidad que refiere	Servicio que refiere
A:	Unidad a la que se refiere	Servicio al que se refiere

MOTIVO DE CONTRARREFERENCIA

Padecimiento actual:

[illegible]

Peso: _____ kg Talla: _____ cm FC: _____ lpm FR: _____ rpm TA: _____ / _____ SIS DIA Temp: _____ °C SatO2: _____ %

Paraclínicos:

Diagnóstico(s) de envío:

Motivo de envío:

Indicaciones y recomendaciones para su manejo:

☐ **Sí** continúa manejo en este servicio

Cita para continuar manejo

Fecha: / /
 día mes año

Hora: a.m. p.m.

☐ **No** continúa manejo en este servicio

En caso de duda, comunicarse con:

Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE QUIEN CONTRARREFIERE

Nombre completo: _____ Cédula: _____
Cargo: _____ Firma: _____

Nombre y Firma del Director de la Unidad

Sello de la Unidad