

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

BOLETA DE REFERENCIA

Númeo correlativo 54564

Fecha:	_____	Hora del traslado:	_____
Nombre del Paciente:	_____	Telefono:	_____
Servicio de salud que refiere:	_____	Consulta Externa:	X
Servicio de salud al que se envia:	_____	Edad:	_____
Historia de la enfermedad actual:	_____		
		Emergencia:	---
		Sexo:	Masculino

Antecedentes Médicos			
Médicos:	_____	Mentales:	_____
Quirúrgicos:	_____	Traumáticos:	_____
Alérgicos:	_____		

Antecedentes Gineco-Obstétricos			
Gestas	Partos	Abortos	Hijos vivos
Hijos Muertos	FUR	CSTP	
Otros:	_____		

Examen Físico			
Peso	Talla	Pulso	P/A
F/R	T°	FCF	
Exámenes Realizados:			

Impresión Clínica:			

Motivo de la referencia:			

Tratamiento y Manejo efectuado en el servicio:			

Nombre,cargo,firma y sello
de **quien refiere**

Nombre,cargo,firma y sello
de **quien recibe la referencia**

Fecha y Hora en que se recibe la referencia: _____