

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

BOLETA DE REFERENCIA

Número correlativo 54564

Fecha: 2015-06-21 Hora del traslado: 00:01:00
 Nombre del Paciente: nombre Telefono: -----
 Servicio de salud que refiere: hola Consulta Externa: x Emergencia: ---
 Servicio de salud al que se envía: hola Edad: ----- Sexo: Masculino
 Historia de la enfermedad actual: dfho

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:

BOLETA DE CONTRA REFERENCIA

Número correlativo: -----

Nombre del Paciente: ----- Edad: ----- Sexo: -----
 Dirección del Paciente: -----
 Servicio que atendió: -----
 Servicio a donde se contra refiere: -----
 Resumen de la evolucion: -----
 Tratamiento Brindado: -----
 Diagnostico: -----
 Recomendaciones: -----

Nombre y firma y cargo del responsable de la atencion

fecha del alta