

BOLETA DE REFERENCIA

Númeo correlativo 54564

Fecha:	2015-04-28	Hora del traslado:	10:04:10		
Nombre del Paciente:	lj;l;kj;l;k	Telefono:	lkjklkjklj		
Servicio de salud que refiere:	jlklj;kj	Consulta Externa:	x	Emergencia:	---
Servicio de salud al que se envía:	kjklj;lkjkl	Edad:	454	Sexo:	Masculino
Historia de la enfermedad actual:	jl;kjkl;				

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: _____