

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

BOLETA DE REFERENCIA

Número correlativo 54564

Fecha: 2015-04-28 Hora del traslado: 10:04:10
Nombre del Paciente: prueba Telefono: 100
Servicio de salud que refiere: prueba Consulta Externa: x Emergencia: ---
Servicio de salud al que se envía: prueba Edad: 500 Sexo: Masculino
Historia de la enfermedad actual: prueba

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: