

BOLETA DE REFERENCIA

Número correlativo 54564

Fecha: _____ Hora del traslado: _____ 00:01:00
Nombre del Paciente: _____ Telefono: _____
Servicio de salud que refiere: jklj Consulta Externa: X Emergencia: ---
Servicio de salud al que se envia: asdf Edad: _____ Sexo: Masculino
Historia de la enfermedad actual: _____

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: _____