

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

BOLETA DE REFERENCIA

Número correlativo 54564

Fecha:	-----	Hora del traslado:	00:01:00
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 Muertos	-----	FUR	-----	CSTP	-----
Otros:	-----				
		Hijos vivos	-----		

Examen Físico			
Peso	-----	Talla	-----
F/R	-----	T°	-----
		Pulso	-----
		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