

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: 5465456

Nombre del Paciente: nombre Edad: ----- Sexo: Masculino
Dirección del Paciente: askldjfkla
Servicio que atendió: hola
Servicio a donde se contra refiere: jklasjdklfaj
Resumen de la evolucion: klijklasdjfkla
Tratamiento Brindado: jklasdjfkla
Diagnostico: jklasdjfkla
Recomendaciones: jkasdljfkla

Nombre y firma y cargo del responsable de la atencion

fecha del alta