

# Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

## BOLETA DE REFERENCIA

Número correlativo 54564

Fecha:	2015-10-25	Hora del traslado:	10:05:35
Nombre del Paciente:	Nombre del Paciente	Telefono:	55321025
Servicio de salud que refiere:	Servicio de Salud que refiere	Consulta Externa:	x
Servicio de salud al que se envia:	Servicio de salud al que se envia	Edad:	25
Historia de la enfermedad actual:	Historial de Enfermedad Actual		

Antecedentes Médicos			
Médicos:	Antecedentes Medicos	Mentales:	Antecedentes Mentales
Quirúrgicos:	Antecedentes Quirurgicos	Traumáticos:	Antecedentes Traumaticos
Alérgicos:	Antecedentes Alergicos		

Antecedentes Gineco-Obstétricos					
Gestas	100	Partos	200	Abortos	300
Hijos Muertos	500	FUR	600	CSTP	700
Otros:	Otros 800				

Examen Físico					
Peso	10	Talla	20	Pulso	30
F/R	50	T°	60	FCF	70
Exámenes Realizados:					
Exámenes realizados					
Impresión Clínica:					
Impresión Clínica					
Motivo de la referencia:					
Motivo de referencia					
Tratamiento y Manejo efectuado en el servicio:					
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