

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 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: -----

| | | | | | |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 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