

**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

6ta. Avenida 3-45 zona 11  
Teléfono: P.B.X. 2444-7474