

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO D7 – REFERENCIA

La institución puede incluir el logo a la que corresponde el formulario en la casilla que se encuentra en la parte superior derecha (ESPACIO PARA EL LOGOTIPO DE LA INSTITUCIÓN)

INSTRUCTIVA: Los datos del presente formulario deberán ser llenados correctamente.

- **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REFERENTE C1:**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Anotar el nombre del Establecimiento de Salud del que se refiere al paciente.

NIVEL DEL E.S.: Anotar el nivel que corresponda al Establecimiento de Salud.

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE: Sello del Establecimiento de salud que realiza la referencia

RED DE SALUD: Anotar nombre de la Red Funcional de Servicios al que pertenece el establecimiento de salud referente.

MUNICIPIO: Anotar nombre del municipio al que pertenece el establecimiento de salud referente.

FECHA Y HORA DE INGRESO: Anotar la Fecha en la que ingresa el paciente (día/mes/año) y la hora marcando en hora militar.

FECHA Y HORA DE ENVÍO: Anotar la fecha que ingresa el paciente (día/mes/año) y la hora marcando en hora militar.

TEL/CEL DEL E.S. DE SALUD: Anotar el teléfono del Establecimiento de Salud.

- **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE C2:**

Anotar el apellido Paterno, Apellido Materno y Nombres del paciente, asegurarse que sean los correctos.

FECHA DE NACIMIENTO: Anotar la fecha de nacimiento del paciente (día/mes/año).

C.I.: Anotar el número del carnet de identidad del paciente.

DOMICILIO: Anote la dirección habitual del usuario. Para el área rural anotar el nombre de la Comunidad, Ayllus, Markas, Tentas, Capitanías, Federaciones, Sindicatos, Colonias.

TEL/CEL: Anotar el teléfono del paciente.

Nº DE HISTORIA CLÍNICA: Anotar el número de historia clínica del paciente.

PROCEDENCIA: Anotar el lugar de procedencia del paciente.

EDAD: Anotar la edad correspondiente del paciente. Detallar en caso necesario los meses o días.

SEXO: Encerrar en un círculo M (masculino) o F (femenino), según corresponda.

PERSONA CON DISCAPACIDAD: Marcar con una **X** SI o NO según corresponda, anotar el tipo de discapacidad y el grado de discapacidad.

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Anotar el nombre del acompañante.

TEL/CEL DEL ACOMPAÑANTE: Anotar el teléfono del acompañante.

PARENTESCO: Anotar el grado de parentesco del acompañante con el paciente.

- **DATOS CLÍNICOS Y SIGNOS VITALES C3:**

FC (Frecuencia Cardíaca): anotar en Latidos /minuto que corresponda. **FR** (Frecuencia Respiratoria): anotar en ciclos/minuto que corresponda. **P.A.** (Presión Arterial): anotar en mmHg que corresponda. **T°** (Temperatura): anotar la temperatura en °C. **GLASGOW:** Anotar la valoración de la escala de Glasgow. **SPO2:** (Saturación de Oxígeno) Anotar el porcentaje de Saturación de Oxígeno.

PESO: anotar el peso en Kilogramos que corresponda. **TALLA:** anotar la talla en centímetros/metros, que corresponda. **IMC:** Anotar el Índice de masa corporal del usuario

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: **FUM:** Anotar la Fecha de Última Menstruación. **G: P: A: C:** Anotar los antecedentes Ginecobstétricos. **F.P.P.:** Anotar la Fecha Probable de Parto. **R.P.M.:** Anotar la Hora en caso de Ruptura Prematura de Membrana. **F.C.F.:** Anotar la Frecuencia Cardíaca Fetal en Latidos por Minuto que corresponda. **MADURACIÓN PULMONAR:** Marcar con un círculo si se realizó o no maduración pulmonar. **IS.:** Anotar índice de shock.

PARTO: Marcar con un círculo si se realizó o no y este fue parto eutócico o por cesárea. **FECHA DE PARTO:** Anotar la fecha (día/mes/año). **HORA** Anotar la hora marcando am o pm.

N° DE CONTROLES PRENATALES: Anotar el número de controles prenatales

RECIÉN NACIDO: **EDAD GESTACIONAL:** Anotar la edad gestacional en semanas **LIQ. AMNIÓTI- CO:** Anotar la característica del líquido amniótico. **PESO:** Anotar el peso en gramos. **TALLA:** Anotar la talla en centímetros. **PC:** Anotar el perímetro cefálico en centímetros. **PT:** Anotar el perímetro torácico en centímetros.

APGAR: Anotar el Apgar al minuto y a los 5 minutos. **REANIMACION NEONATAL:** Anotar si se procedió.

- **RESUMEN DE LA ANAMNESIS y EXAMEN FÍSICO C4:** Anotar de forma resumida y completa, los hallazgos clínicos que se encuentren en el usuario de la anamnesis y el examen físico.
- **RESULTADOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO C5:**

Resumen de los exámenes realizados.

- **DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS C6:** Anotar el diagnóstico o los diagnósticos presuntivos, utilizar el código CIE – 10 de las Normas de Atención Clínica.
- **TRATAMIENTOS REALIZADOS C7:** Detallar el tratamiento aplicado.
- **OBSERVACIONES C8:** Detallar en caso de haber alguna observación o inconveniente con la referencia a realizar.
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO C9:** Se debe explicar el motivo de la referencia al usuario y familiares y tienen que firmar.

- **NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENVÍA AL USUARIO O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD C10:** Se debe anotar el nombre cargo teléfono de contacto, firma y sello de quien envía al usuario además del personal de salud que acompaña.
- **MOTIVO DE REFERENCIA C11:** Anotar para qué es la referencia marcar con una X, **URGENCIA /EMERGENCIA, CONSULTA EXTERNA, INTERCONSULTA, SERVICIO/ESPECIALIDAD.** (en caso de referencia para interconsulta por TELE SALUD marcar en **SERVICIO TELESALUD** y en **ESPECIALIDAD** la que corresponda).
- **ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR C12:**

NIVEL, anotar a que nivel pertenece Primer segundo o tercer nivel **SUBSECTOR** Público, seguro y otro anota con una x a cuál pertenece

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA: Anotar el nombre y cargo de la persona con la que se contactaron.

MEDIO DE COMUNICACIÓN: Anotar el medio de comunicación utilizado para coordinar la referencia.

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL PACIENTE: Anotar el nombre y apellidos del personal de salud que recibe al paciente.

FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN Anotar fecha clara de recepción y la hora en la que el paciente recibe la atención del personal de salud de referencia

REPORTADO AL CCES-D: Anotar SI/NO se coordinó con el CCESD

CARGO: Anotar el cargo

FIRMA Y SELLO DE MÉDICO TRATANTE QUE EVALÚA LOS CRITERIOS DE CALIDAD:

CALIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD POR EL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR: Anotar con SI o NO si la referencia fue Adecuada Justificada y Oportuna.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE.

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR.

4.2. FORMULARIO CONTRARREFERENCIA D7a.

FORMULARIO D7a CONTRARREFERENCIA													
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE CONTRARREFIERE (C1)													
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO			SERVICIO			RED DE SALUD:							
MUNICIPIO:		TELEFONO DE CONTACTO		FECHA:		HORA		NIVEL DE EESS:					
IDENTIFICACION DEL PACIENTE (C2)													
NOMBRES			APELLIDOS			C.I.							
DOMICILIO			TEL/CEL:			EDAD:			SEXO			M F	
PERSONA CON DISCAPACIDAD			SI:			NO:			TIPO DE DISCAPACIDAD			GRADO DE DISCAPACIDAD:	
DATOS CLINICOS DE ALTA (C3)													
DIAS DE INTERNACION:		PESO: I.M.C.:		T°:		P.A.mmHg		F.C.LPM		F.R.:CPM		%SPO:	
DIAGNOSTICO(S) DE INGRESO: (C4)													
a)			CIE - 10										
b)			CIE - 10										
c)			CIE - 10										
DIAGNOSTICO(S) DE EGRESO SEGÚN CIE - 10: (C5)													
a)			CIE - 10										
b)			CIE - 10										
c)			CIE - 10										
EVOLUCION, COMPLICACIONES: (C6)													
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>													
EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO (C7)													
<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>													
OTROS EXAMENES E INTERCONSULTAS (C8)													
<p>.....</p> <p>.....</p>													
TRATAMIENTOS REALIZADOS (C9)													
<p>.....</p> <p>.....</p>													
RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE (C10)													
<p>.....</p> <p>.....</p>													
OTROS ANEXOS O ESTUDIO PENDIENTES (C11)													
<p>.....</p> <p>.....</p>													
OBSERVACIONES / RECOMENDACIONES A LA CONTRARREFERENCIA (C12)													
<p>.....</p> <p>.....</p>													
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AL QUE SE REALIZA LA CONTRARREFERENCIA (C13)													
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:			MUNICIPIO:			NIVEL EESS:							
RED DE SALUD:			SE CONTACTO AL ESTABLECIMIENTO: SI NO			POR TELESALUD: (.....)							
CONTACTO DEL ESTABLECIMIENTO QUE RECIBE LA CONTRARREFERENCIA:													
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE, FAMILIAR Y OTROS:													
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE				SELLO DEL ESTABLECIMIENTO				FIRMA Y NOMBRE DEL USUARIO O ACOMPAÑANTE					
								Nombre:					
RECUERDE:		<p>a) Original, para el establecimiento de salud receptor – Expediente Clínico</p> <p>b) Copia 1, para el establecimiento de salud receptor – Comité de Referencia y Contrarreferencia</p> <p>c) Copia 2, para trámites administrativos del SUS</p> <p>d) Copia 3, para el establecimiento que realiza la referencia – Expediente Clínico</p> <p>e) Copia 4, para el establecimiento que realiza la referencia – Comité de referencia</p>											

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO D7a DE CONTRARREFERENCIA

La institución puede incluir el logo a la que corresponde el formulario en la casilla que se encuentra en la parte superior derecha (ESPACIO PARA EL LOGOTIPO DE LA INSTITUCION)

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE CONTRAREFIERE (C1).

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: Anotar el nombre del Establecimiento al que el paciente retorna. **SERVICIO:** Anotar el nombre del servicio donde se atendió al paciente. **RED DE SALUD:** Anotar la red de salud a la cual pertenece. **NIVEL DEL E.S.** Anotar el nivel que corresponde el E.S. **MUNICIPIO:** Anotar el municipio que corresponde el E.S. **TELÉFONO DEL E.S.:** Anotar el teléfono del E.S. **FECHA/HORA:** Anotar la Fecha y Hora en la que el paciente retorna. **ACCESO A LA ATENCIÓN:** Marcar con una X si el acceso fue con boleta de referencia o sin boleta de referencia.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (2).

NOMBRE DEL PACIENTE: Anotar el nombre y los dos apellidos (si los tiene) del/la paciente, asegurarse que sean los correctos. **CI:** Anotar el número del carnet de identidad del/la paciente, **N° DE H.C.:** Anotar el número de la Historia Clínica. **TEL.:** Anotar el número de teléfono del/la paciente. **DOMICILIO:** Anote la dirección habitual del/la paciente. En los casos de direcciones rurales, utilizar puntos de referencia importantes y conocidos en la comunidad. Anotar el nombre de la comunidad, municipio donde reside actualmente el/la paciente. **TEL.:** Anotar el número de teléfono del/la paciente. **SEXO:** Anotar masculino o Femenino (según corresponda). **EDAD:** Anotar la edad correspondiente del/la paciente. Especificar si son años, si el paciente tiene de 1 a 11 meses, si el paciente tiene de 1 hasta 29 días y si es un recién nacido con menos de 1 día de vida.

DATOS CLÍNICOS AL ALTA (3).

Anotar los variables vitales con los que al paciente retorna.

DIAS DE INTERNACIÓN anotar en días.

Peso: anotar el peso en Kilogramos que corresponda. **TALLA:** Anotar la talla en centímetros. **IMC:** Anotar el Índice de masa corporal del paciente. **T°(Temperatura):** anotar la temperatura en °C **Presión Arterial:** (Presión Arterial): anotar en mmHg que corresponda. **FC:** (Frecuencia Cardíaca): anotar en Latidos /minuto que corresponda. **FR** (Frecuencia Respiratoria): anotar en ciclos/minuto que corresponda.

DIAGNÓSTICO(S) DE INGRESO SEGÚN CIE-10 (4):

Anotar de forma resumida y completa: el diagnóstico con el que se recibió al paciente, lo encontrado.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO SEGÚN CIE-10 (5):

Anotar el diagnóstico o problema emitido por el profesional de salud tratante.

EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES (6):

Anotar resumen de las complicaciones y tratamientos realizados.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DX (7):

Anotar los exámenes complementarios que se realizaron.

OTROS EXÁMENES E INTERCONSULTAS (8):

Anotar las interconsultas u otros exámenes realizados.

TRATAMIENTO REALIZADO (9):

Anotar el tratamiento realizado.

SEGUIMIENTO A TRATAMIENTO (10):

Anotar que tratamiento se tienen que realizar.

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE (11):

Anotar las recomendaciones a seguir por el paciente y por el establecimiento de salud referente para dar continuidad al proceso de atención.

OTROS ANEXOS O ESTUDIOS PENDIENTES (12):

Anotar estudios pendientes y otras observaciones.

Anotar si la referencia fue Adecuada Justificada u Oportuna (Copiar la calificación de la Referencia.)

ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE REALIZA LA CONTRARREFERENCIA (13).

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Anotar el nombre del establecimiento de salud receptor. **MUNICIPIO:** Anotar el nombre del establecimiento de salud receptor. **NIVEL DEL E.S.** Anotar el nivel que corresponde del establecimiento de salud receptor. **RED DE SALUD:** Anotar nombre o código de la Red de Servicios a la que pertenece el establecimiento de salud. Anotar el nombre del servicio del cual es referido el paciente (emergencia, medicina interna, etc.). **CONTACTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE RECIBE LA CONTRAREFERENCIA: SE CONTACTÓ AL ESTABLECIMIENTO:** Anotar el nombre del establecimiento receptor contactado SI o NO marcar. **NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA:** Anotar el nombre y cargo de la persona con la que se contactaron **NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE, FAMILIAR U OTRO.** Nombre completo del acompañante **FIRMA Y SELLO:** Firma del médico o integrante del equipo de salud que atendió al paciente y sello del servicio o de la unidad receptora. **NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO:** Nombre completo del médico o integrante del equipo de salud que atendió al paciente en la unidad receptora. **NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE:** Nombre completo del paciente o acompañante.

4.3. FORMULARIO TRANSFERENCIA D7b.

FORMULARIO D7b TRANSFERENCIA											
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE TRANSFIERE (C1)											
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE TRANSFIERE:										SELLO DEL ESTABLECIMIENTO QUE TRANSFIERE	
NIVEL DE EESS:		SELLO DEL EESS QUE TRANSFIERE →									
RED DE SALUD:		MUNICIPIO:		FECHA:		HORA:					
FECHA DE ENVÍO:		HORA DE ENVÍO:		TEL/CEL DEL EESS:							
IDENTIFICACION DEL PACIENTE (C2)											
NOMBRES:		APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO							
C.I.		DOMICILIO:									
TEL/CEL:		N° DE H.C.		PROCEDENCIA:							
EDAD:		años		meses		días		SEXO:		M F	
PERSONA CON DISCAPACIDAD:		SI		NO		TIPO DE DISCAPACIDAD:		GRADO DE DISCAPACIDAD:			
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:				PARENTESCO:				TEL/CEL ACOMP.:			
DATOS CLINICOS Y SIGNOS VITALES (C3)											
F.C.:		F.R.:		P.A.:		mmHg		T°:		PESO:	
GLASGOW:				SPO2:		%		IMC		TALLA:	
ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS:		F.U.M.:		G.:		P.:		A.:		C.:	
F.C.F.:				Nro. DE CONTROLES PRENATALES:		F.P.P.:		R.P.M. Hrs.			
PARTO:		SI		NO		EUTOCICO		CESAREA		PARTO:	
R.N.		EDAD GESTACIONAL:		sem		LIQ. AMNIOTICO:		PESO:		TALLA:	
P.C.		cm		P.T.		cm		APGAR:		PRIMER MINUTO:	
										5 MINUTOS:	
RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO (C4)											
ESTUVO INTERNADO:		SI		NO		DIAS DE INTERNACION:					
REALIZO EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO (C5)											
EXAMEN COMPL.		DESCRIPCION DE HALLAGOS LLAMATIVOS									
RAYOS X											
LABORATORIO											
ECOGRAFIA											
TOMOGRAFIA											
OTROS (especifique)											
DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS (C5)											
a)										CIE – 10	
b)										CIE – 10	
c)										CIE – 10	
TRATAMIENTO INICIAL (C6)											
OTROS ANEXOS: SI NO CUALES:											
OBSERVACIONES (C7)											
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRASLADO (C8)											
Yo, de años de edad, en calidad de habiéndome informado sobre el cuadro clínico, autorizo al médico tratante y personal de salud del establecimiento, realizar la referencia, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos, el traslado y posibles tratamientos, procedimientos durante el traslado e internación:											
..... y beneficios que se puede presentar.											
FIRMA PACIENTE		C.I.		FIRMA ACOMPAÑANTE		C.I.					
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENVIA AL PACIENTE O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE TRANSFIERE (C9)											
NOMBRE:		CARGO:		FIRMA Y SELLO:		FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE REFIERE					
NRO. DE TEL/CEL CONTACTO DEL MEDICO QUE ENVIO											
NOMBRE DEL PERSONAL DE SALUD QUE ACOMPAÑA											
MOTIVO DE TRANSFERENCIA (C11) SOLO MARQUE UNO (10)											
URGENCIA: (.....)		EMERGENCIA: (.....)		INTERCONSULTA: (.....)		SERVICIOS / ESPECIALIDAD: (.....)		POR TELESALUD: (.....)			
ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR (C11)											
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:		NIVEL:		SUBSECTOR:		Público		Seguridad Social		Privado	
NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA:											
MEDIO DE COMUNICACION:				REPORTADO AL CCES-D A:							
NOMBRE DE QUIEN RECIBE AL PACIENTE:											
FECHA DE RECEPCION:		HORA DE RECEPCION:									
MEDICO RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR QUE EVALUA LOS CRITERIOS DE CALIDAD A.J.O.											
PACIENTE ADMITIDO		SI		NO		MOTIVO					
								CALIFICACION POR EL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR		A J O	
								colocar SI o NO			
FIRMA, SELLO DEL MEDICO RESPONSABLE SELLO DEL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR											
RECUERDE:		Original, para el establecimiento de salud receptor – Expediente Clínico Copia 1, para el establecimiento de salud receptor – Comité de Referencia y Contrarreferencia Copia 2, para el establecimiento que realiza la transferencia – Expediente Clínico									

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO D7 b – TRANSFERENCIA

La institución puede incluir el logo a la que corresponde el formulario en la casilla que se encuentra en la parte superior derecha (ESPACIO PARA EL LOGOTIPO DE LA INSTITUCIÓN)

INSTRUCTIVA: Los datos del presente formulario deberán ser llenados correctamente.

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REFERENTE (1):

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Anotar el nombre del Establecimiento de Salud del que se refiere al paciente.

TEL/CEL DEL E.S. DE SALUD: Anotar el teléfono del Establecimiento de Salud

RED DE SALUD: Anotar nombre de la Red Funcional de Servicios al que pertenece el establecimiento de salud referente.

MUNICIPIO: Anotar nombre del municipio al que pertenece el establecimiento de salud referente.

PROCEDENCIA: Anotar la procedencia del paciente.

FECHA Y HORA DE INGRESO: Anotar la Fecha en la que ingresa el paciente (día/mes/año) y la hora marcando en hora militar.

FECHA Y HORA DE ENVÍO: Anotar la fecha que ingresa el paciente (día/mes/año) y la hora marcando en hora militar

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (2):

Anotar el apellido Paterno, Apellido Materno y Nombres del paciente, asegurarse que sean los correctos.

FECHA DE NACIMIENTO: Anotar la fecha de nacimiento del paciente (día/mes/año).

C.I.: Anotar el número del carnet de identidad del paciente.

DOMICILIO: Anote la dirección habitual del paciente. Para el área rural anotar el nombre de la Comunidad, Ayllus, Markas, Tentas, Capitanías, Federaciones, Sindicatos, Colonias.

PROCEDENCIA: Anotar el lugar de procedencia del paciente.

EDAD: Anotar la edad correspondiente del paciente. Detallar en caso necesario los meses o días.

SEXO: Encerrar en un círculo M (masculino) o F (femenino), según corresponda.

PERSONA CON DISCAPACIDAD: Marcar con una **X** SI o NO según corresponda, anotar el tipo de discapacidad y el grado de discapacidad.

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Anotar el nombre del acompañante.

TEL/CEL DEL ACOMPAÑANTE: Anotar el teléfono del acompañante.

PARENTESCO: Anotar el grado de parentesco del acompañante con el paciente.

DATOS CLÍNICOS Y SIGNOS VITALES (3):

FC (Frecuencia Cardíaca): anotar en Latidos /minuto que corresponda. **FR** (Frecuencia Respiratoria): anotar en ciclos/minuto que corresponda. **P.A.** (Presión Arterial): anotar en mmHg. que corresponda. **T°** (Temperatura): anotar la temperatura en °C. **GLASGOW**: Anotar la valoración de la escala de Glasgow. **SPO2**: (Saturación de Oxígeno) Anotar el porcentaje de Saturación de Oxígeno.

PESO: anotar el peso en Kilogramos que corresponda. **TALLA**: anotar la talla en centímetros/metros, que corresponda. **IMC**: Anotar el Índice de masa corporal del usuario

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: **FUM**: Anotar la Fecha de Última Menstruación. **G: P: A: C**: Anotar los antecedentes Gineco obstétricos. **F.P.P.**: Anotar la Fecha Probable de Parto. **R.P.M.**: Anotar la Hora en caso de Ruptura Prematura de Membrana. **F.C.F.**: Anotar la Frecuencia Cardíaca Fetal en Latidos por Minuto que corresponda. **MADURACIÓN PULMONAR**: Marcar con un círculo si se realizó o no maduración pulmonar

PARTO: Marcar con un círculo si se realizó o no y este fue parto eutócico o por cesárea. **FECHA DE PARTO**: Anotar la fecha (día/mes/año). **HORA** Anotar la hora marcando am o pm. **IS.**: Anotar índice de shock.

Nº DE CONTROLES PRENATALES: Anotar el número de controles prenatales

RECIÉN NACIDO: **EDAD GESTACIONAL**: Anotar la edad gestacional en semanas **LIQ. AMNIÓTI- CO**: Anotar la característica del líquido amniótico. **PESO**: Anotar el peso en gramos. **TALLA**: Anotar la talla en centímetros. **PC**: Anotar el perímetro cefálico en centímetros. **PT**: Anotar el perímetro torácico en centímetros.

APGAR: Anotar el Apgar al minuto y a los 5 minutos. **REANIMACION NEONATAL**: Anotar si se procedió.

RESUMEN DE LA ANAMNESIS y EXAMEN FÍSICO (4):

Anotar de forma resumida y completa, los hallazgos clínicos que se encuentren en el paciente de la anamnesis y el examen físico.

RESULTADOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO (5):

Resumen de los exámenes realizados.

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS (6):

Anotar el diagnóstico o los diagnósticos presuntivos, utilizar el código CIE – 10 de las Normas de Atención Clínica.

TRATAMIENTOS INICIAL (7):

Detallar el tratamiento aplicado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (8):

Se debe explicar el motivo de la referencia al paciente y familiares y tienen que firmar.

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENVÍA AL PACIENTE O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD C10 (9):

Se debe anotar el nombre cargo teléfono de contacto, firma y sello de quien envía al paciente además del personal de salud que acompaña.

SERVICIO AL QUE ENVÍA (10):

Anotar al servicio y/o especialidad al que se envía al paciente.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR (11):

NIVEL, anotar a que nivel pertenece Primer segundo o tercer nivel **SUBSECTOR** Público, seguro y otro anota con una x a cuál pertenece

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA: Anotar el nombre y cargo de la persona con la que se contactaron.

MEDIO DE COMUNICACIÓN: Anotar el medio de comunicación utilizado para coordinar la referencia.

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL PACIENTE Anotar el nombre y apellidos del personal de salud que recibe al paciente.

FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN Anotar fecha clara de recepción y la hora en la que el paciente recibe la atención del personal de salud de referencia.

PACIENTE ADMITIDO: Marcar con una **X** SI o NO según corresponda y el motivo en caso de no ser admitido.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE.

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR.

4.4. HOJA DE MONITOREO PARA TRASLADO DEL PACIENTES AMBULANCIA.

HOJA DE MONITOREO PARA TRASLADO DE PACIENTES																																																																																																																					
Nombre del paciente:				Edad:		Diagnóstico presuntivo:																																																																																																															
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REFERENTE																																																																																																																					
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE: Teléfono de contacto: Red de Salud: Municipio: Fecha de envío: .../.../... Hora de envío: .../.../... Hora de Recepción en el Hosp. de Referencia: .../.../... Breve descripción del hecho:																																																																																																																					
MONITOREO DE SIGNOS VITALES																																																																																																																					
HORA 200 190 180 P.A. 170 160 150 140 130 120 110 100 SP O2 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 F.C.:* F.R.:* Temperatura Esc. Glasgow Diuresis Oxigenoterapia FCF	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="background-color: #f2f2f2; text-align: center; padding: 5px;">LIQUIDOS INTRAVENOSOS</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;">SOLUCIÓN</th> <th style="width: 25%;">CANTIDAD</th> <th style="width: 10%;">GOTEO</th> <th style="width: 10%;">HORA</th> <th style="width: 30%;">OBSERVACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="background-color: #f2f2f2; text-align: center; padding: 5px;">REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">Paro Cardiorespiratorio:</td> <td style="width: 20%;">Presenciado por:</td> <td colspan="2" style="width: 30%;"> </td> </tr> <tr> <td>Realizado por</td> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <td>Hora de suceso:</td> <td>Hora de inicio RCP:</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>Duración del ciclo RCP: ...min</td> <td>Hora final RCP:</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <th colspan="4" style="background-color: #f2f2f2; text-align: center; padding: 5px;">Maniobras Empleadas</th> </tr> <tr> <td>Verificación</td> <td>Boca a Boca</td> <td>BVM</td> <td>Intubación</td> </tr> <tr> <td>Circulación:</td> <td>Masaje cardiaco</td> <td>Desfibrilación</td> <td>Epinefrina</td> </tr> <tr> <th colspan="4" style="background-color: #f2f2f2; text-align: center; padding: 5px;">OBSERVACIONES</th> </tr> <tr><td colspan="4" style="height: 40px;"> </td></tr> <tr><td colspan="4" style="height: 40px;"> </td></tr> <tr><td colspan="4" style="height: 40px;"> </td></tr> </tbody> </table>									LIQUIDOS INTRAVENOSOS					SOLUCIÓN	CANTIDAD	GOTEO	HORA	OBSERVACIONES																																																			REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR				Paro Cardiorespiratorio:	Presenciado por:			Realizado por				Hora de suceso:	Hora de inicio RCP:			Duración del ciclo RCP: ...min	Hora final RCP:			Maniobras Empleadas				Verificación	Boca a Boca	BVM	Intubación	Circulación:	Masaje cardiaco	Desfibrilación	Epinefrina	OBSERVACIONES															
LIQUIDOS INTRAVENOSOS																																																																																																																					
SOLUCIÓN	CANTIDAD	GOTEO	HORA	OBSERVACIONES																																																																																																																	
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR																																																																																																																					
Paro Cardiorespiratorio:	Presenciado por:																																																																																																																				
Realizado por																																																																																																																					
Hora de suceso:	Hora de inicio RCP:																																																																																																																				
Duración del ciclo RCP: ...min	Hora final RCP:																																																																																																																				
Maniobras Empleadas																																																																																																																					
Verificación	Boca a Boca	BVM	Intubación																																																																																																																		
Circulación:	Masaje cardiaco	Desfibrilación	Epinefrina																																																																																																																		
OBSERVACIONES																																																																																																																					
..... Firma y sello del profesional								 Sello del Establecimiento de Salud																																																																																																												

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE MONITOREO DE TRASLADO DEL PACIENTE EN AMBULANCIA.

La hoja de Monitoreo debe ser llenado por el personal de salud que traslada al paciente en caso de que el traslado dure más de una hora o que el cuadro clínico de referencia así lo requiere.

Escribir con letra clara legible, concreta y de forma completa (no iniciales) todos los datos que contempla el documento. Evitarse borrones, enmiendas, tachaduras y abreviaturas.

DATOS DEL PACIENTE:

Anotar el apellido Paterno, Apellido Materno y Nombres del paciente, asegurarse que sean los correctos.

EDAD: Anotar la edad correspondiente del paciente. Detallar en caso necesario los meses o días.

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: Anotar el diagnóstico o los diagnósticos presuntivos.

FECHA DE ATENCIÓN: Anotar la Fecha correspondiente al día de la atención médica del paciente. (día/mes/año)

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REFERENTE:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Anotar el nombre del Establecimiento de Salud del que se refiere al paciente.

TEL/CEL DEL E.S. DE SALUD: Anotar el teléfono del Establecimiento de Salud

RED DE SALUD: Anotar nombre de la Red Funcional de Servicios al que pertenece el establecimiento de salud referente.

MUNICIPIO: Anotar nombre del municipio al que pertenece el establecimiento de salud referente.

FECHA Y HORA DE ENVÍO: Anotar la fecha (día/mes/año) y la hora marcando en hora militar.

HORA DE RECEPCION EN EL HOSPITAL: Anotar la hora de llegada al Hospital referente.

BREVE DESCRIPCION DEL HECHO: Describir el acontecimiento destacando lo más sobresaliente.

MONITOREO DE SIGNOS VITALES:

HORA: Se debe registrar la hora en que se inicia el Monitoreo (cada casilla corresponde a una hora competa).

PRESIÓN ARTERIAL: Regístrese cada media hora a través de una flecha. El extremo superior indicara la Presión Sistólica y el extremo inferior la Presión Diastólica.

SPO2: (Saturación de Oxígeno) Anotar el porciento de Saturación de Oxígeno.

FC (Frecuencia Cardiaca): anotar en Latidos /minuto que corresponda.

FR (Frecuencia Respiratoria): anotar en ciclos/minuto que corresponda.

T°(Temperatura): anotar la temperatura en °C.

GLASGOW: Anotar la valoración de la escala de Glasgow.

DIURESIS: Registrar la cantidad de diuresis en ml (en caso de que se cuente con sonda vesical).

OXIGENOTERAPIA: Se debe registrar la concentración de oxígeno que se está administrando al paciente en lts/min.

F.C.F.: Anotar la Frecuencia Cardiaca Fetal en Latidos por Minuto que corresponda.

REANIMACION CARDIOPULMONAR:

PARO CARDIORESPIRATORIO: Registrar **SI/NO** en caso de que se hubiera presentado durante el traslado. Se llena el resto de las casillas inferiores en caso de responder **SI**.

PRESENCIADO POR: Registrar el nombre completo de la persona que presenció el paro cardiorrespiratorio.

HORA DEL SUCESO: Registrar la hora exacta del suceso.

HORA DE INICIO RCP: Registrar la hora en que se inicia Maniobras de Reanimación Cardiopulmonar.

DURACIÓN DEL CICLO RCP: Registrar la duración de la RCP en minutos.

HORA DEL FINAL DE LA RCP: Registrar la hora en que finaliza las Maniobras de Reanimación Cardiopulmonar.

MANIOBRAS EMPLEADAS: Utilizar un círculo para marcar la maniobra utilizada.

OBSERVACIONES: Describir si durante el RCP se tuvo algún incidente.

LÍQUIDOS INTRAVENOSOS:

SOLUCIÓN: Describir la **SOLUCIÓN** parenteral utilizada, la **CANTIDAD** administrada, el **GOTEO** por minuto y la **Hora** que inicia la administración de la Solución.

OBSERVACIONES: Describir si se tuvo algún incidente.

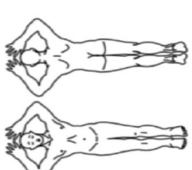
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO:

Nombre completo del médico o integrante del equipo de salud que atendió al paciente en la unidad receptora.

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

Aplicar el sello del Establecimiento de Salud donde se refiere.

4.5. HOJA DE MONITOREO PREHOSPITALARIA. (Ver Norma de Ambulancias Terrestres)

FICHA CLÍNICA RÁPIDA DE TRASLADO EN AMBULANCIA									
FECHA:		HORA:		COD. AMBULANCIA:					
NOMBRE:		EDAD:							
SEXO: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		TELÉFONO:		C.I.:					
ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN O DOMICILIO O LUGAR DEL HECHO:									
ESTABLECIMIENTO RECEPTOR DE DESTINO:									
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:									
TELÉFONO DEL ACOMPAÑANTE:		C.I.:							
PRIORIDAD SEGÚN EL TRIAJE: RJ <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> VD <input type="radio"/> NE <input type="radio"/>									
ANTECEDENTES: ALÉRGICOS: SI NO CLÍNICOS: SI NO TRAUMATOLÓGICOS: SI NO									
PEDIÁTRICOS: SI NO QUIRÚRGICOS: SI NO FARMACOLÓGICOS: SI NO VIOLENCIA FÍSICA: SI NO									
S.V. Hrs PA FC		FR		T		Sat 02			
S.V. Hrs PA FC		FR		T		Sat 02			
LLENADO CAPILAR: >2seg <input type="radio"/> <2seg <input type="radio"/>		PIEL: NORMAL <input type="radio"/> CIANÓTICA <input type="radio"/>							
PUPILAS: ANISOCORIA <input type="radio"/> ISOCORIA <input type="radio"/> MIOSIS <input type="radio"/> MIDRIASIS <input type="radio"/>									
EXAMEN FÍSICO: ANOTAR EL NÚMERO SOBRE EL LUGAR DE LA LESIÓN									
<div><div><div>1 HERIDA PENETRANTE</div><div>2 HERIDA NO PENETRANTE</div><div>3 FRACTURA EXPUESTA</div><div>4 FRACTURA CERRADA</div><div>5 AMPUTACIÓN</div><div>6 HEMORRAGIA</div><div>7 MORDEDURA</div><div>8 PICADURA</div><div>9 EXCORIACIÓN</div><div>10 DEFORMIDAD O MASA</div><div>11 HEMATOMA</div><div>12 QUEMADURA 1º</div><div>13 QUEMADURA 2º</div><div>14 QUEMADURA 3º</div></div><div></div></div>									
EVALUACIÓN INICIAL									
VÍA AÉREA		RESPIRACIÓN		CIRCULACIÓN		OTROS FACTORES QUE AL- TERAN LA CONCIENCIA			
OBSTRUÍDA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ESPIRANTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PULSO PERIFÉRICO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ALERTA: <input type="checkbox"/> SEDADO: <input type="checkbox"/>			
PARCIAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NORMAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		RADIAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ANESTESICADO: <input type="checkbox"/>			
COMPLETA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ANORMAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FEMORAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		BEBIDAS ALCOHOL: <input type="checkbox"/>			
SANGRE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DIFÍCIL TOSA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CAROTÍDEA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DROGAS: <input type="checkbox"/>			
CUERPO EXTRAÑO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		HEMORRAGIA EXTERNA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PARO CARDÍACO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		OTROS: <input type="checkbox"/>			
VÓMITO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NO RESPIRA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		RCF EN EL LUGAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
		ASISTIDA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		TIEMPO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
ESCALA DE GLASGOW									
APERTURA OCULAR		RESPUESTA MOTORA		RESPUESTA VERBAL					
ESPIRANTE: 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>		ABEDECE ORDEN: 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>		ORIENTADO: 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>					
POR DOLOR: 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>		LOCALIZA: 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>		DESORIENTADO: 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>					
		RETIRA: 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>		PALABRAS: 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>					
		FLEXIÓN: 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>		SONIDO: 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>					
		EXTENSIÓN: 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>		NULO: 1 <input type="checkbox"/>					
		AUSENTE: 1 <input type="checkbox"/>		TOTAL: 1 <input type="checkbox"/>					
ESCALA DE GLASGOW PARA EL LACTANTE Y EL NIÑO									
APERTURA OCULAR		RESPUESTA MOTORA		RESPUESTA VERBAL					
ESPIRANTE: 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>		MOVIMIENTOS ESPONTÁNEOS: 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>		BALBUCEOS: 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>					
		A LA VOZ: 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>		LLANTO IRRITABLE Y CONSOLABLE: 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>					
		AL DOLOR: 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>		LLANTO AL DOLOR: 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>					
		NINGUNA: 1 <input type="checkbox"/>		QUEJIDOS AL DOLOR: 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>					
				AUSENCIA: 1 <input type="checkbox"/>					
				TOTAL: 1 <input type="checkbox"/>					

ATENCIÓN EMBARAZO - PARTO									
GESTAS:		PARTOS:		ABORTOS:		CESÁREA:			
F.U.M.:		SEMANA DE GESTACIÓN:				MOVIMIENTO FETAL:			
F.C.F.:		MEMBRANAS ROTAS:				TIEMPO:			
ALTURA UTERINA:		PRESENTACIÓN:				PLANO:			
DILATACIÓN:		BORRAMIENTO:							
SANGRADO VAGINAL:		CONTRACCIONES:							
S.V. Hrs PA FC		PA FC		FR T		Sat 0			
S.V. Hrs PA FC		PA FC		FR T		Sat 0			
diagnóstico:									
ATENCIÓN PERINATAL - PEDIÁTRICO									
DONDE NACIÓ:		PATOLOGÍA DEL EMBARAZO:		PARTO Y PUERPERIO					
EDAD GESTACIONAL AL NACER: semanas		NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		FORCEPS: <input type="checkbox"/>					
MENOR DE 37 SEMANAS: <input type="checkbox"/>				CESÁREA: <input type="checkbox"/>					
MAYOR A 41 SEMANAS: <input type="checkbox"/>				PODOLICA: <input type="checkbox"/>					
PESO AL NACER: g		TALLA: cm		APGAR: 1º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/>					
		PERÍMETRO CEF: cm							
		PATOLOGÍA DEL R.N.							
NINGUNA: <input type="checkbox"/>		ICTERICIA: <input type="checkbox"/>		H.I.V. <input type="checkbox"/>					
MALFORMACIONES: <input type="checkbox"/>		INFECCIÓN ADQUIRIDA: <input type="checkbox"/>							
INFECCIÓN CONGÉNITA: <input type="checkbox"/>		PROBLEMAS NEUROLÓGICOS: <input type="checkbox"/>							
PATOLOGÍA RESPIRATORIA: <input type="checkbox"/>									
OTROS: <input type="checkbox"/>		VACUNAS COMPLETAS: <input type="checkbox"/>							
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS									
O2 <input type="checkbox"/>		COLLARIN CERVICAL <input type="checkbox"/>		FÉRULAS <input type="checkbox"/>					
VÍA <input type="checkbox"/>		TABLA RÍGIDA <input type="checkbox"/>		TRACCIÓN <input type="checkbox"/>					
SOLUCIÓN <input type="checkbox"/>		CHALECO ESTRICCIÓN <input type="checkbox"/>		SNG <input type="checkbox"/>					
IV <input type="checkbox"/>									
MANEJO DE VÍA AÉREA									
MANEJO DE LA VENTILACIÓN									
MANEJO DE LA CIRCULACIÓN									
LÍQUIDOS ENDOVENOSOS									
FÁRMACOS									
INMOVILIZACIÓN									
DIAGNÓSTICO FINAL									
OBSERVACIONES									
RESPONSABLE EMISOR		RESPONSABLE RECEP- TOR		PACIENTE/FAMILIAR RESPONSABLE		RECHAZO TRASLADO			
FIRMA Y SEL- LO		FIRMA Y SELLO		FIRMA Y SELLO					

Estos formularios tienen un original y sus copias correspondientes este documento debe contar con los mismos datos llenados, firmas y sello del médico y sello del establecimiento.

1. Original, para el Establecimiento de Salud Receptor-Expediente Clínico.
2. Copia 1, Para el Establecimiento de Salud que realiza la referencia
3. Expediente Clínico.
4. Copia 2, para el Establecimiento de Salud Receptor- Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.

4.6. **Tiempo de Validez.**

- El tiempo de validez del formulario de Referencia por Emergencia y/o Urgencias tendrá una vigencia de 24 horas.
- El tiempo de validez del formulario de Referencia por Consulta Externa tendrá una vigencia de 07 días hábiles.
- El tiempo de validez del formulario de Referencia para diagnóstico y/o tratamiento oncológico por consulta externa, tendrá una vigencia de 30 días hábiles.

CAPITULO 5.

CONTROL

El control a la aplicación de la Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia se realiza a través del monitoreo, supervisión y evaluación del Sistema de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia involucrando a la comunidad y autoridades locales Municipales, Departamentales y Nacionales.

5.1. MONITOREO.

Es una actividad de control periódica y paralela al cumplimiento de los indicadores establecidos en la presente norma.

El Ministerio de Salud y Deportes, Centros Coordinadores de Emergencias en Salud, Servicios Departamentales de Salud-SEDES, Coordinación de las Redes, los Comités de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, el Responsable Municipal de Salud y los Responsables de los Establecimientos de Salud, serán las instancias encargadas del control y funcionamiento del componente de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia en los diferentes niveles de atención, para ser posteriormente evaluados en los Comités de Análisis de la Información (CAI).

5.2. SUPERVISIÓN.

Se realiza periódicamente (trimestral, semestral, anual), por personal experto en procesos de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, que tenga dominio de la norma y sus instrumentos. La supervisión puede concluir en un compromiso de gestión.

Cada una de las instancias mencionadas para el monitoreo, también son responsables de la supervisión de la capacitación que debe ser planificada y programada, utilizando técnicas e instrumentos que permitan realizar una retroalimentación inmediata.

Entre algunas herramientas que se pueden usar durante esta actividad están:

- Observación directa.
- Encuesta al personal de salud.
- Encuestas a usuarios y familiares.

Los temas de la supervisión serán: organización, flujo de referencia, transferencia y contrarreferencia, conocimiento y cumplimiento de normas, gestión logística, manejo del sistema de información y registro, sistema de comunicación y transporte; área asistencial: la oportunidad y pertinencia de la referencia, transferencia y la contrarreferencia, acorde a los protocolos de atención.

5.3. EVALUACIÓN.

Es una actividad de control que verifica los resultados propuestos y el cumplimiento de los indicadores propuestos en los compromisos de gestión.

La caracterización, habilitación, acreditación, fiscalización, inspección, auditorías y pericias, son formas de evaluación.

La evaluación debe realizarse utilizando indicadores en todos y cada uno de los niveles de atención y en los espacios de deliberación como Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, CAI,