

Modelo 53-21-01 Ministerio de Salud Pública Hospitales y Policlínicos		REMISIÓN DE CASO		No. Consultorio Médico de la Familia:	
				No. Historia Clínica Individual en el CMF:	
UNIDAD:				No. Historia Clínica (hospital base):	
Referido a:			FECHA DE TURNO PROGRAMADO		HORA
			Día:	Mes:	Año: <input type="radio"/> am <input type="radio"/> pm
DATOS GENERALES	1 ^{er} Apellido:		2 ^{do} Apellido:		Nombre(s):
	Sexo: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino		Edad (años cumplidos):		Color de la piel: <input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/> Negra <input type="radio"/> Mestiza
	Nacimiento (lugar):			Nacimiento:	Día: Mes: Año:
	Residencia habitual (calle, carretera, finca, etc.):			No. o km:	Edificio: Apartamento:
	Entre calles, bloque, zona, reparto:			Localidad:	
	Municipio:		Provincia:		
	Teléfono:				
	Nombre del padre: <input type="radio"/> Vivo <input type="radio"/> Muerto			Nombre de la madre: <input type="radio"/> Viva <input type="radio"/> Muerta	
Referido a especialista de:					
Antecedentes de interés:					
Resumen sintrómico:					
Resumen examen físico:					
Tratamiento:					
Evolución:					
Impresión diagnóstica:					
Otros diagnósticos:					
Escriba al dorso las investigaciones de laboratorio y rayos X realizadas con resultado patológico.					
Nombre del médico:			Firma:		FECHA
					Día: Mes: Año: