|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Modelo 53-21-01  Ministerio de Salud Pública Hospitales y Policlínicos | | ***REMISIÓNDE CASO*** | | | | | **No. ConsultorioMédico 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: | | | | am  pm | | | | | |
| **DATOS**  **GENERALES** | **1er Apellido:** | | **2do Apellido:** | | | | **Nombre(s):** | | | | | | | | | | |
| **Sexo:** O Femenino o Masculino | | **Edad** (añoscumplidos): | | | | **Color delapiel:** o Blanca o Negra o 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:** o Vivo o Muerto | | | | **Nombre dela madre:** o Viva o Muerta | | | | | | | | | | | | |
| **Referido a especialista de:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Antecedentes de interés:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Resumensindrómico:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Resumen examen físico:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tratamiento:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Evolución:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Impresióndiagnóstica:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Otros diagnósticos:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Escriba aldorsolas investigaciones de laboratorio y rayosX realizadas con resultadopatológico.* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre delmédico: Firma:** | | | | | | | | | | **FECHA** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | Día: | | | | Mes: | | | Año: |