



HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

1. DATOS GENERALES

Fecha:	Hora:	Seguro	Tipo de Seguro	Seguro SIS	Código del Asegurado	Nro. Hoja de Referencia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	1. SIS 2. ESALUD 3. SOAT 4. POLICIA NACIONAL 5. FUERZA ARMADA 6. OTRO (ESPECIFICAR)	1. Subsidiado <input type="checkbox"/> 2. Semisubsidiado <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código RENAES	Establecimiento de salud origen	Código RENAES	Establecimiento de salud destino			
05197	Instituto Regional de Oftalmología					
Servicio origen de la referencia (UPS)				Servicio destino de la referencia (UPS)		
1. Consulta Externa <input type="checkbox"/> 3. Emergencia <input type="checkbox"/>				1. Consulta Externa <input type="checkbox"/> 3. Emergencia <input type="checkbox"/>		
2. Apoyo al diagnóstico <input type="checkbox"/> 4. Hospitalización <input type="checkbox"/>				2. Apoyo al diagnóstico <input type="checkbox"/> 4. Hospitalización <input type="checkbox"/>		

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombres		Apellido Paterno		Apellido Materno	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DNI <input type="text"/>	CE <input type="text"/>	PASS <input type="text"/>	DIE <input type="text"/>	S/DOC <input type="text"/>	RN <input type="text"/>
Menor sin DNI: Nro. DNI madre o apoderado <input type="text"/>					
Nro. DNI <input type="text"/>	Fecha Nacimiento <input type="text"/>		Edad <input type="text"/>	Sexo <input type="text"/>	Nro hijo(a) <input type="text"/>
Dirección		Departamento		Provincia	Distrito
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Anamnesis	
<input type="text"/>	
Examen Físico: (T) <input type="text"/> (PA) <input type="text"/> (FR) <input type="text"/> (FC) <input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Exámenes Auxiliares	Fecha: / / Resultado:
<input type="text"/>	Fecha: / / Resultado:
Diagnóstico	CIE-10 D P R
1) <input type="text"/>	<input type="text"/>
2) <input type="text"/>	<input type="text"/>
3) <input type="text"/>	<input type="text"/>
Tratamiento:	
<input type="text"/>	

4. DATOS DE LA REFERENCIA

Motivo de Referencia: 1. No capacidad resolutive por nivel 2. No capacidad resolutive por carecer de especialista 3. Por carecer de determinado insumo 4. Servicio Inoperativo 5. Servicio en reparación 6. Servicio Saturado 7. Por ser titular de Essalud 8. Carecer de determinado equipo

Detalle del motivo:

Especialidad de destino: Pediatría ☐ Medicina ☐ Cirugía ☐ Gineco-Obst. ☐ Otro (Especificar)

Condición del paciente		Transporte		Coordinación de la Referencia	
Estable <input type="checkbox"/> Mal Estado <input type="checkbox"/>		Terrestre <input type="checkbox"/> Aereo <input type="checkbox"/> Fluvial <input type="checkbox"/>		Fecha en que será atendido: <input type="text"/> Hora en que será atendido: <input type="text"/> Nombre de quien lo atenderá: <input type="text"/> Nomb. con quien coord. la aten.(acepta): <input type="text"/> Nombre quien coordina la referencia: <input type="text"/>	
Responsable de la RF		Responsable del ES		Personal que acompaña	
DNI <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Nº Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otro.		DNI <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Nº Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otro.		DNI <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Nº Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otro.	
Firma y Sello		Firma y Sello		Firma y Sello	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Personal que recibe		Personal que recibe		Personal que recibe	
DNI <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Nº Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otro		DNI <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Nº Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otro		DNI <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Nº Colegiatura <input type="text"/> Profesión <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Obstetiz <input type="radio"/> Otro	
Fecha: / / Hora: :		Fecha: / / Hora: :		Fecha: / / Hora: :	
Firma y Sello		Firma y Sello		Firma y Sello	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Condición del Usuario a la llegada al Establecimiento de Salud de Destino de la Referencia ☐ Estable ☐ Mal Estado ☐ Fallecido