



HOJA DE CONTRARREFERENCIA INSTITUCIONAL

Hoja de Contrarreferencia
Nro.

1. DATOS GENERALES

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

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

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

3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Fecha de ingreso: <input type="text"/>	Fecha de Egreso: <input type="text"/>
Diagnóstico de Origen:	CIE-10 <input type="text"/> D P R <input type="text"/>
Diagnóstico de Ingreso:	CIE-10 <input type="text"/> D P R <input type="text"/>
Diagnóstico de Egreso:	CIE-10 <input type="text"/> D P R <input type="text"/>
Tratamiento y/o Procedimientos Realizados: <input type="text"/>	
Adjuntar informes y reportes de procedimiento <input type="text"/>	

4. DATOS DE LA CONTRARREFERENCIA

Origen de la Referencia	De la comunidad <input type="checkbox"/>	De un Establecimiento de Salud <input type="checkbox"/>	Autoreferencia <input type="checkbox"/>
Calificación de la Referencia	Justificada <input type="checkbox"/>	Injustificada <input type="checkbox"/>	
UPS que Contrarrefiere:	Consulta Ext. <input type="checkbox"/>	Apoyo al DX y Tlot. (adjuntar orden) <input type="checkbox"/>	Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/>
Especialidad que ordena La Contrarreferencia:	Medicina <input type="checkbox"/> Pediatría <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Gineco-Obst <input type="checkbox"/> Radiología <input type="checkbox"/> Lab. Clin. <input type="checkbox"/> Otro Especifique <input type="text"/>		

Recomendaciones e Indicaciones para el Seguimiento

Condición del Usuario para la Contrarreferencia

Curado <input type="checkbox"/>	Desersión <input type="checkbox"/>
Mejorado en tratamiento <input type="checkbox"/>	Retiro voluntario <input type="checkbox"/>
Atendido por apoyo al DX. <input type="checkbox"/>	Fallecido <input type="checkbox"/>

Responsable de la Contrarreferencia

Nombre:
N° Colegiatura:
DNI
Profesión: ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Obstetiz ☐ Otro.

Firma y Sello