

**HOJA DE REFERENCIA**

LUGAR A DONDE SE REFIERE \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EXAMEN FISICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IMPRESION DIAGNOSTICA. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASPECTOS QUE DESEAN CONOCER: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOMBRE Y SELLO DEL MEDICO REMITENTE**