



UAEM

PROGRAMA INTEGRAL
DE UNIVERSIDAD SALUDABLE



FORMATO PARA REFERENCIAR PACIENTES CONSULTORIO MÉDICO



#MiUniversidad es Innovación

SR

**UAEM****PROGRAMA INTEGRAL
DE UNIVERSIDAD SALUDABLE**

Fecha de referencia _____		FOLIO _____
Nombre completo del paciente: _____		Edad _____
Domicilio del Paciente: _____		SEXO M F
Unidad de referencia _____		URGENCIA _____
Motivo de envío _____	Diagnóstico de envío _____	
Unidad a la que se refiere _____		Especialidad o servicio _____
Nombre del medico o personal de salud que refiere: _____		

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FORMATO DE REFERENCIA**

No. de folio _____	URGENCIA SI NO
--------------------	----------------------

Nombre del paciente _____			
Edad: _____	Sexo	M	F
Alergias: _____			

Lugar de referencia: _____

Unidad a la que se refiere			
Domicilio _____			
Calle _____	Número _____	Colonia _____	
Servicio al que se envía _____			

T.A. _____	F.R. _____	F.C. _____	Tepm. _____	Saturación _____	Peso _____	Talla _____
------------	------------	------------	-------------	------------------	------------	-------------

Tratamiento previo al envío: _____

Impresión diagnóstica: _____

_____ Nombre y firma del Médico que refiere	C.P. _____
--	------------



#MIUniversidad es Innovación

SR