

**SECRETARIA DE SALUD**

**SOLICITUD DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES**

		FOLIO:			
ADULTO	PEDIÁTRICO	URGENCIA	SI	NO	

FECHA Y HORA DE REFERENCIA:	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:
UNIDAD QUE REFIERE:	NIVEL DE ATENCIÓN QUE ENVÍA:
NOMBRE DEL MÉDICO QUE ENVÍA AL PACIENTE:	
PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES:
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:	SERVICIO AL QUE SE ENVÍA:
DOMICILIO DE LA UNIDAD:	
NOMBRE Y CARGO DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA:	
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:	

NOMBRE(S) DEL PACIENTE:		
No. DE EXPEDIENTE:	EDAD:	SEXO:
DOMICILIO:		TELÉFONO:
NOMBRE DEL RESPONSABLE O FAMILIAR:		
DOMICILIO DEL RESPONSABLE:		
PARENTESCO:	TELÉFONO:	
ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:		
OBSERVACIONES:		

**RESUMEN CLÍNICO:**

P:

S:

O:

A:

P:

SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	FRECUENCIA CARDIACA

SOMATOMETRÍA	
PESO (Kg)	TALLA (cm)

TRATAMIENTO EMPLEADO:

CONDICIONES DE TRASLADO:

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE TRASLADO

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO QUE REFIERE

**SECRETARIA DE SALUD**  
**SOLICITUD DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES**

<b>NOMBRE DE LA UNIDAD DE CONTRARREFERENCIA:</b>	
<b>FECHA DE INGRESO:</b>	<b>NIVEL DE ATENCIÓN:</b>
<b>SERVICIO:</b>	<b>FECHA DE EGRESO:</b>
<b>DX. DE INGRESO:</b>	
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO:</b>	

<b>NOMBRE(S) DEL PACIENTE</b>
<b>No. DE EXPEDIENTE:</b>
<b>OBSERVACIONES:</b>

**PADECIMIENTO ACTUAL:**

**EVOLUCIÓN:**

**ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:**

**DIAGNÓSTICO DE INGRESO:**

**DIAGNÓSTICO DE EGRESO:**

**INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO TRATANTE**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD**