

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

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

NOMBRE(S) DEL PACIENTE
No. DE EXPEDIENTE:
OBSERVACIONES:

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