



SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA
NOTA DE EGRESO / CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

FOLIO:			
ADULTO	PEDIÁTRICO	URGENCIA	SI NO

UNIDAD MÉDICA:	FECHA:	No. EXPEDIENTE:	
NOMBRE DEL PACIENTE:	EDAD:	GÉNERO:	
		MASCULINO	FEMENINO
DOMICILIO:	MUNICIPIO:		

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:	
FECHA DE INGRESO:	FECHA DE EGRESO:
MOTIVO DEL EGRESO:	SERVICIO DEL QUE EGRESA:

DIAGNÓSTICOS FINALES:

RESUMEN (EVALUACIÓN Y ESTADO ACTUAL):

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO (MEDICAMENTOS, DOSIS, VÍA, TIEMPO):

PROBLEMAS CLÍNICOS PENDIENTES:

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO AL EGRESO:

RECOMENDACIONES AMBULATORIAS:

ATENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO:

PRONÓSTICO:

MÉDICO RESPONSABLE:
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL