

FORMULARIO DE REFERENCIA / RETORNO

ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE

Nombre: _____

Región Sanitaria: _____

Telefono: _____

ESTABLECIMIENTO QUE RECIBE

Nombre: _____

Región Sanitaria: _____

Telefono: _____

DATOS DEL PACIENTE.

Documento de Identidad: _____ Pasaporte: _____

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Departamento: _____ Distrito: _____

Peso	Pulso	Presión Arterial	Temperatura	Glicemia	Saturación

Gesta	Para	Aborto	Cesárea	FUM	FPP

MOTIVO DE REFERENCIA: _____

RESUMEN DEL CUADRO CLINICO Y EVOLUCIÓN: _____

ESTUDIOS DE DIAGNOSTICOS RELEVANTES:	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

TRATAMIENTO ACTUAL: _____

TRASLADO CON: AMBULANCIA: MEDIOS PROPIOS:

DÍA MES AÑO HORA

--	--	--	--

Nombre de la Persona que Refiere: _____

Nº de Registro: _____ Firma: _____

Nombre de la Persona que Recibe: _____

Nº de Registro: _____ Firma: _____

RETORNO

Establecimiento que Recibe: _____

Establecimiento que Refiere: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Retorno: _____

Resumen del Cuadro clinico / Evolución: _____

Diagnósticos: _____

Tratamiento Actual: _____

Recomendaciones para el Seguimiento: _____

Nombre de la Persona que Recibe: _____

Nº de Registro: _____ Firma: _____

Nombre de la Persona que Refiere: _____

Nº de Registro: _____ Firma: _____