



Nota de Referencia de Pacientes

Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Cama: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Nombre del familiar responsable: _____
Relación con el paciente: _____
Nombre del médico tratante: _____
Cédula profesional: _____

Fecha de Referencia: ____/____/____

Tipo de Paciente		Tipo de Atención		
<input type="radio"/> Ambulatorio	<input type="radio"/> Urgencia	<input type="radio"/> Electiva	<input type="radio"/> Electiva Prioritaria	<input type="radio"/> Urgencia

Lugar al que se refiere

Resumen Clínico

Diagnósticos

Motivo de Referencia

Nombre y firma de quien refiere

Cédula



Nota de Contrareferencia de Pacientes

Fecha de Contrareferencia: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Nombre de quien contrarefiere: _____

Nombre de quien recibe la contrareferencia: _____

Diagnósticos

Hallazgos Clínicos / Procedimientos Realizados

Tratamientos Instaurados

Recomendaciones

Nombre y firma del médico contrareferente

Cédula