

H. AYUNTAMIENTO DE TAMAZUNCHALE, S.L.P
DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
HOJA DE REFERENCIA

I

FECHA DE REFERENCIA: _____ FOLIO DEL SEGURO POPULAR _____
DOMICILIO DEL PACIENTE: _____ MUNICIPIO _____
COMUNIDAD: _____ CALLE: _____ NO. _____
MOTIVO DEL ENVÍO: _____
NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE _____

II URGENCIA: SI () NO ()

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____
EDAD _____ SEXO: _____

III UNIDAD QUE REFIERE: DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD DE TAMAZUNCHALE , S.L.P.

IV. UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: _____
DOMICILIO: _____
CALLE NÚMERO COLONIA
SERVICIO AL QUE SE ENVÍA: _____

V. MOTIVO DE LA REFERENCIA

PESO	TALLA	T/A	TEMP	FR.	FC

(RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO)

VI IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE SALUD

NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE