



HOJA DE REFERENCIA

URGENCIA: SI [ ] NO [ ] FECHA: [ ][ ][ ]

NOMBRE: [ ] EDAD: [ ] SEXO: [ ]

DIRECCIÓN: CALLE [ ] NÚMERO [ ]

COLONIA [ ] CIUDAD [ ] ESTADO [ ] N° CONTROL [ ]

HOSPITAL/CLÍNICA QUE REFIERE: [ ]

HOSPITAL/CLÍNICA A LA QUE SE REFERENCIA: [ ]

DIRECCIÓN: CALLE [ ] NÚMERO [ ]

COLONIA [ ] CIUDAD [ ] ESTADO [ ] N° CONTROL [ ]

MOTIVO DE LA REFERENCIA: TA: [ ] FC [ ] FR [ ] TEMP [ ] PESO [ ] TALLA [ ]

Large empty box for notes or additional information

SERVICIO AL QUE SE ENVÍA [ ]

TRATAMIENTO INDICADO [ ]

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA [ ]