

HOJA DE REFERENCIA

FOLIO: **FOLIO**

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

USO EXCLUSIVO DEL
SISTEMA DIF ALTAMIRA
QUEDA PROHIBIDA SU DESCARGA, REPRODUCCIÓN O
DISTRIBUCIÓN SIN AUTORIZACIÓN EXPRESA

SERVICIO AL QUE SE ENVÍA

TRATAMIENTO INDICADO

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA