

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

Núm control:

FECHA INGRESO:		FECHA DE EGRESO		EXPEDIENTE:		ATENCIÓN:				
UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE: HOSPITAL GENERAL ACTOPAN						FECHA DE NACIMIENTO		EDAD:		
NOMBRE DEL PACIENTE				SEXO		DÍA	MES	AÑO	SEXO	F
				M	F					M
DIAGNOSTICO DE INGRESO:				DIAGNOSTICO DE EGRESO:						
SERVICIO:										

MOTIVO DE CONTRARREFERENCIA

1 ALTA MÉDICA

☐

2 VOLUNTARIA

☐

3 SEGUIMIENTO

☐

4 MEJORIA

☐
RESUMEN CLINICO:

EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL, ESTUDIOS REALIZADOS Y TRATAMIENTO MEDICO Y/O QUIRURGICO:

INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE ADSCRIPCION

CONTRARREFERENCIA JUSTIFICADA

SI

☐

NO

☐

Sello de Unidad

Nombre, Firma y Cedula Profesional del Médico tratante

Nombre y firma del Paciente y Familiar responsable