



## **COORDINACIÓN ESTATAL IMSS BIENESTAR HIDALGO OFICINA DE ATENCIÓN MÉDICA**

### **INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

#### **PROPÓSITO.**

Registrar los datos clínicos más relevantes de los pacientes para garantizar la continuidad de la atención médica. Así mismo asegurar que el paciente reciba atención médica integral, continua y coordinada entre diferentes niveles de atención.

#### **MANEJO DEL FORMATO HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

En caso de no contar con sistema, el médico que realice la referencia y/o contrarreferencia, debe llenar el formato Hoja de Referencia y Contrarreferencia con letra de molde o a máquina en original y copia, o en formato editable.

El original se integrará al expediente y la copia se proporcionará al paciente quien a su vez la entregará a la unidad médica correspondiente, de igual manera a su egreso el paciente deberá contar con la hoja de contrarreferencia para el cumplimiento del sistema de atención médica continua en la unidad de salud de origen.

#### **PROCEDIMIENTO DE LLENADO.**

Para garantizar la responsabilidad, en el caso de la referencia, el formato deberá ser llenado por el médico tratante, y para el caso de la contrarreferencia el médico tratante deberá llenar el reverso de la hoja sin omitir ningún apartado.





## FORMATO.

## HOJA DE REFERENCIA (ANVERSO)

[illegible]

**2025**  
Año de  
**La Mujer**  
**Indígena**

Blvd. Luis Donaldo Colosio No. 4604, Fracc. El Palmar II, C.P. 42088 Pachuca de Soto Hidalgo. Tel: 7717898434 [www.imssbienestar.gob.mx](http://www.imssbienestar.gob.mx)



## APARTADO I. DATOS DEL PACIENTE

- **Fecha de referencia:** Anotar día, mes y año en que el paciente fue referido.
- **No. de expediente:** Se anotará el número del expediente
- **Atención:** Refiere el servicio: urgencias, consulta, preventiva, etc.
- **Número de control:** Aplica para las Unidades de salud IMSS Bienestar, las cuales asignarán un número consecutivo único para identificar cada referencia generada. La nomenclatura para cada hospital se basará en las tres primeras letras del nombre del hospital seguido del año y número consecutivo.

| Hospital          | Nomenclatura | Hospital                  | Nomenclatura |
|-------------------|--------------|---------------------------|--------------|
| HG Actopan        | ACT/25/001   | HI Atlapexco              | ATL/25/001   |
| HG Huichapan      | HUI/25/001   | HGV Mezquital Ixmiquilpan | VMI/25/001   |
| HI Jacala         | JCL/25/001   | HI Cinta Larga            | CTL/25/001   |
| HG Pachuca        | PCH/25/001   | HIR Otomí Tepehua         | OTT/25/001   |
| H Zimapan         | ZMP/25/001   | H Materno Infantil        | MIN/25/001   |
| HI Tlanchinol     | TLCH/25/001  | HG Apan                   | APN/25/001   |
| HG de la Huasteca | HUA/25/001   | HG Tula                   | TUL/25/001   |
| HBC Huehuetla     | HUE/25/001   | H IMSS Bienestar Metztlán | MET/25/001   |
| HG Tulancingo     | TLN/25/001   | H Villa Ocaranza          | VOZ/25/001   |

- **Folio de aceptación:** Corresponde a un número único asignado a un paciente después de que ha sido evaluado y aceptado para seguimiento en una unidad de salud de mayor resolución. Este folio será emitido por unidades de salud que no pertenecen a IMSS Bienestar.
- **Unidad médica que refiere:** Se anotará el nombre de la unidad de salud operativa que realiza la referencia.
- **Nombre del paciente:** Se anotará nombre completo del paciente.
- **Sexo:** Señalar con una "X" el sexo según corresponda
- **Fecha de nacimiento:** Anotará día, mes y año de nacimiento.
- **Edad:** Se anotará en número arábigos la edad cumplida del paciente. En menores de un mes anote los días y a continuación la letra "D". En mayores de un mes, pero menores de un año, señale los meses y a continuación la letra "M".
- **Domicilio del paciente:** Se anotará la dirección completa incluyendo localidad, municipio y estado. En el caso de ser denominado como "domicilio conocido" se anotará una referencia o señalamiento del domicilio para facilitar la localización del paciente.
- **No. de teléfono:** Registrará número de teléfono de contacto.
- 

## APARTADO II. DATOS DE LA UNIDAD QUE REFIERE

- **Unidad de salud a la que se refiere:** Se anotará el nombre de la unidad de salud a la que se refiere el paciente.
- **Especialidad o Servicio:** Se anotará el nombre del servicio o especialidad a la que se envía al paciente.





- **Motivo de la referencia:** Registrar si corresponde a falta de la especialidad o servicio requerido en la Unidad; ante una contingencia masiva; por carencia o inoperancia de sus auxiliares de diagnóstico; por seguimiento a una contra referencia y continuidad a la Unidad primaria emisora de la referencia. Así mismo se anotará el Diagnóstico presuncional del médico que envía al paciente.
- **Diagnóstico presuncional:** Anotar el diagnóstico definitivo o presuncional que apoye la referencia.

### APARTADO III. RESUMÉN CLÍNICO Y TRATAMIENTO

- En estos renglones se describirá de manera clara y completa en cuadro clínico del padecimiento que origina la referencia. En caso de que la referencia sea motivada únicamente con fines de estudio de laboratorio o gabinete deberá justificarse.
- **Somatometría y signos vitales:** El médico tratante y/o personal de salud, debe valorar de manera objetiva las manifestaciones que se pueden percibir y medir los parámetros fisiológicos del paciente de forma constante y actualizada.
- **Tratamiento:** Indicar el manejo establecido en la unidad que refiere, se pide ser claro con los fármacos, dosis e intervenciones.
- **Nombre, firma y cedula profesional del médico:** Deberá anotarse el nombre completo del médico responsable del servicio o de la unidad médica que refiere al paciente, así como su firma y cedula profesional.
- **Nombre y firma del paciente o familiar responsable:** Deberá anotarse el nombre completo del paciente o familiar responsable, así como su firma.
- **Sello de la unidad.** Certificar documento con sello de la institución de manera legible.







#### APARTADO IV. Hoja de Contrarreferencia.

Este apartado deberá incluir:

- **Número de control:** Anotar el número de control de origen con el que se identificó al paciente en la referencia del mismo.
- **Fecha de Ingreso:** Anotar día, mes y año en que el paciente es ingresado
- **Fecha de Egreso:** Anotar día, mes y año en que el paciente es egresado
- **Expediente:** Se anotará el número del expediente
- **Atención:** Refiere el servicio: urgencias, consulta, preventiva, etc.
- **Unidad médica que contrarrefiere:** Se anotará el nombre de la unidad de salud operativa que realiza la contrarreferencia.
- **Unidad médica a la que se contrarrefiere:** Se anotará el nombre de la unidad de salud operativa a la que se contrarrefiere el paciente.
- **Nombre completo del paciente:** Se anotará nombre completo del paciente.
- **Sexo:** Señalar con una "X" el sexo según corresponda
- **Fecha de nacimiento:** Anotará día, mes y año de nacimiento.
- **Edad:** Se anotará en número arábigos la edad cumplida del paciente. En menores de un mes anote los días y a continuación la letra "D". En mayores de un mes, pero menores de un año, señale los meses y a continuación la letra "M".
- **Diagnóstico de ingreso:** Anotará el o los diagnósticos probables que motivaron su ingreso
- **Diagnóstico de egreso:** Se anotará el o los diagnósticos definitivos.
- **Servicio:** Se especificará el servicio que atendió la referencia.
- **Motivo de Contrarreferencia:** Marcar con una "X" si corresponde contrarreferencia por alta médica, alta voluntaria, seguimiento o mejoría.
- **Resumen clínico:** Se describirá en forma detallada las condiciones clínicas en la que el paciente referido ingreso a la unidad médica, así como su evolución durante su estancia en la misma y las medidas terapéuticas que se llevaron a cabo, señalando el nombre de los medicamentos, la dosis y la duración del tratamiento.
- **Indicaciones y recomendaciones** para el manejo del paciente en la unidad de adscripción: Anotará sugerencias y comentarios referentes al caso clínico, esto para tener un control posterior del paciente en su unidad de origen, este también incluirá sugerencias de manejo dietético, higiénico, médico y de rehabilitación; indicar si se continuará o cuando dar por terminado el tratamiento y el envío a consulta subsecuente indicando el servicio al que se envía.
- **Contrarreferencia Justificada:** Marcar con una "X" Si o No según corresponda.
- **Nombre, firma y cedula profesional del médico:** Deberá anotarse el nombre completo del médico responsable del servicio o de la unidad médica que refiere al paciente, así como su firma y cedula profesional.
- **Nombre y firma del paciente o familiar responsable:** Deberá anotarse el nombre completo del paciente o familiar responsable, así como su firma.
- **Sello de la unidad.** Certificar documento con sello de la institución de manera legible.



Gobierno de  
**México**



**IMSS BIENESTAR**  
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



**2025**  
Año de  
**La Mujer  
Indígena**

Blvd. Luis Donaldo Colosio No. 4604, Fracc. El Palmar II, C.P. 42088 Pachuca de Soto Hidalgo. Tel: 7717898434 [www.imssbienestar.gob.mx](http://www.imssbienestar.gob.mx)