



Fecha y Hora de Elaboración:

FRC01 anverso

## HOJA DE REFERENCIA

Núm control:

FECHA DE REFERENCIA:	EXPEDIENTE:	ATENCION:	FOLIO DE ACEPTACIÓN	
UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE: HOSPITAL GENERAL ACTOPAN		FECHA DE NACIMIENTO		
NOMBRE DEL PACIENTE:	SEXO	DIA	MES	AÑO
	M      F			
Domicilio:		Numero Ext	Colonia.	
Municipio:	Estado:	Telefono:		

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:

SERVICIO:

ESPECIALIDAD:

## RESUMEN CLINICO

## SOMATOMETRIA Y SIGNOS VITALES

T/A	Temperatura	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	PESO	TALLA	IMC	SpO2	Perimetro Cefalico	

## MOTIVO DE REFERENCIA:

☐ No se cuenta con médico especialista en turno☐ Por regionalización operativa☐ No se cuenta con infraestructura para atender padecimiento (equipo/diseño hospitalario)☐ Derechohabencia a IMSS/ISSSTE/PEMEX/SEDENA☐ Hospital saturado☐ Consulta externa y/o especialidad, subespecialidad☐ Requiere atención de 3er nivel☐ Valoración Médica

## DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL:

## RESUMEN CLINICO:

AGREGE LOS DATOS CLÍNICOS COMPLETOS Y RELEVANTES POR EL MOTIVO DE TRASLADO DETALLANDO EL SENTIDO DE LA REFERENCIA Y/O URGENCIA

TRATAMIENTO: INDIQUE EL MANEJO ESTABLECIDO EN LA UNIDAD QUE REFIERE, SEA CLARO EN LOS FARMACOS, DOSIS E INTERVENCIONES

Sello de Unidad

Nombre y firma de paciente o Familiar

Nombre, Firma y Cedula Profesional del Médico tratante