



Fecha y Hora de Elaboración:

FRC01 anverso**HOJA DE REFERENCIA****Núm control:**

FECHA DE REFERENCIA:	EXPEDIENTE:	ATENCION:	FOLIO DE ACEPTACION				
UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE: HOSPITAL GENERAL ACTOPAN							
NOMBRE DEL PACIENTE:		SEXO	DIA	MES	AÑO		
		M				EDAD	URGENCIA
Domicilio:		Numero Ext			Colonia.		
Municipio:		Estado:			Teléfono:		

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:**SERVICIO:** **ESPECIALIDAD:****RESUMEN CLINICO****SOMATOMETRIA Y SIGNOS VITALES**

T/A	Temperatura	Frecuencia Cardiaca	Frecuencia Respiratoria	PESO	TALLA	IMC	SpO2	Perímetro Cefálico	

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) Derechohabiencia a IMSS/ISSSTE/PEMEX/SEDENA
- Hospital saturado Consulta externa y/o especialidad, subespecialidad
- Requiere atención de 3er nivel Valoración Médica

DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL:
RESUMEN CLINICO: AGREGUE 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 FÁRMACOS, DOSIS E INTERVENCIONES

Sello de Unidad

Nombre y firma de paciente o Familiar	Nombre, Firma y Cedula Profesional del Médico tratante	
---------------------------------------	--	--