Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

EN ESTE ESPACIO SE IMPRIME EL NOMBRE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

No. DE CONTROL

I

UNIDAD QUE REFIERE: _____ CLUES: _____

FECHA DE REFERENCIA _____ No. DE EXPEDIENTE _____ EDAD: ____ / ____ (AÑO / MES) SEXO: (M) (F)

NOMBRE DEL PACIENTE _____ (APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRE (S)) TEL. _____ (PACIENTE)

DOMICILIO DEL PACIENTE _____ (CALLE / COLONIA / LOCALIDAD / MUNICIPIO)

MOTIVO DE ENVÍO (IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA) _____ URGENTE: (SI) (NO)

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO (VER GUIA DE REFERENCIA) _____

NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE: _____

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

REGION SANITARIA VIII PUERTO VALLARTA COSTA NORTE

HOJA DE REFERENCIA

No. DE CONTROL

URGENCIAS: SI _____ NO _____ REGULACION **SAMU** _____ (NÚMERO) FECHA DE REGULACIÓN: _____

II

NOMBRE: _____ (APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRE (S))

NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

III

UNIDAD QUE REFIERE: _____ CLUES: _____

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____ (CALLE / COLONIA / LOCALIDAD / MUNICIPIO)

SERVICIO AL QUE SE ENVIA: _____

SELLO DE LA UNIDAD RECEPTORA

V

MOTIVO DE LA REFERENCIA:

RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO: _____

SIGNOS VITALES:

TENSIÓN ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	FRECUENCIA CARDIACA
	°C	X1	X1

SOMATOMETRÍA:

PESO	TALLA
Kgs.	Cms.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

SELLO DE LA UNIDAD QUE REFIERE

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE

- ORIGINAL Y COPIA AL PACIENTE (PARA LLEVAR AL HOSPITAL)
- ANEXAR COPIA AL EXPEDIENTE C.S.
- ORIGINAL REGRESA CONTESTADO DEL HOSPITAL

VERSIÓN 2013 135-046-0008 AM 2013

Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

DATOS PARA LA VISITA DOMICILIARIA

VI

FECHA DE VISITA: _____ FECHA DE ALTA: _____

SE LE ATENDIO SI ◯ NO ◯ ¿POR QUE? _____

CONTINUA BAJO TRATAMIENTO MEDICO SI ◯ NO ◯ ¿PORQUE? _____

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: _____

OBSERVACIONES: ¿Para su atención le pidieron su hoja de referencia? SI ◯ NO ◯

¿Le resolvieron su problema? SI ◯ NO ◯ ¿Por qué? _____

SELLO DE LA UNIDAD QUE CONTRARREFIERE

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
HOJA DE CONTRARREFERENCIA

VII

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE:

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

DOMICILIO: _____

SERVICIO: _____ FECHA DE CONTRARREFERENCIA: _____

VIII

MANEJO DEL PACIENTE:

RESUMEN CLÍNICO: _____

DIAGNÓSTICO DE INGRESO: _____

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: _____

CÓDIGO CIE-10: _____

INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: _____

IX

CONTROL DEL PACIENTE:

TRATAMIENTO CONCLUIDO: (SI) (NO) CONTINUARA TRATAMIENTO EN: _____ UNIDAD

ENVIO A CONSULTA SUBSECUENTE AL SERVICIO DE: _____

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD