



VI
FECHA DE VISITA: _____ FECHA DE ALTA: _____
SE LE ATENDIÓ SI ☐ NO ☐ ¿POR QUE? _____
CONTINUA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO SI ☐ NO ☐ ¿POR QUE? _____
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____
OBSERVACIONES: ¿Para su atención le pidieron su hoja de referencia? SI ☐ NO ☐
¿Le Resolvieron su problema? SI ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____



VII

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

DOMICILIO: _____

SERVICIO: _____ FECHA DE CONTRARREFERENCIA: _____

MANEJO DEL PACIENTE

[illegible]

CONTROL DEL PACIENTE:

CONTROL DEL PACIENTE: ☒ SI ☐ NO CONTINUARÁ TRATAMIENTO EN: _____ UNIDAD _____

TRATAMIENTO CONCLUIDO: _____

ENVIO A CONSULTA SUBSECUENTE AL SERVICIO DE: _____