

**DIRECCIÓN QUIRÚRGICA**

**SUBDIRECCION DE ORTOPEDIA**

**HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

DATOS DE LA UNIDAD

Unidad Médica que envía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unidad Médica que recibe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servicio que envía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ servicio que recibe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico que envía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ medico que recibe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sexo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Num exp \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de ingreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fecha de egreso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dx. de Ingreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dx.. Actuales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATOS DEL CASO

Interpretación o importancia de los estudios realizados

Resumen de la evolución del paciente

Resumen del motivo de envío

Motivo especifico del envío

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE DE LA UNIDAD Y/O SERVICIO