SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

URGENCIA	
SI	NO

HOJA DE REFERENCIA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
DOMICILIO: _____
LOCALIDAD: _____
MUNICIPIO: _____ESTADO: _____
TELEFONO: _____No. EXPEDIENTE: _____

DIA	MES	AÑO

FECHA DE NAC.			EDAD	SEXO	
DIA	MES	AÑO		M	F

FOLIO AFILIACION SEGURO POPULAR

DATOS DE UNIDAD QUE ENVIA Y RECIBE

UNIDAD QUE REFIERE_____ DOMICILIO:_____
_____ LOCALIDAD:_____
NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR QUE RECIBE Y/O AUTORIZA: _____
UNIDAD A LA QUE SE
REFIERE:_____SERVICIOS:_____
DOMICILIO:_____ ESTADO:_____
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ACEPTA LA REFERENCIA:_____

RESUMEN CLINICO

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO PRACTICADOS (TIPO, RESULTADO,FECHA)

SIGNOS VITALES					SOMATOMETRIA	
TENSION ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	FRECUENCIA CARDIACA	PULSO	PESO	TALLA
mmHg	˚C	x˚	x˚	x˚	kg	cm

DIAGNOSTICO(S) DE ENVIO:

MOTIVO DE ENVIO:

TECNICO ☐ **ADMINISTRATIVO** ☐ **OTRO:** _____

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIAS DE PACIENTES
II. HOJA DE CONTRAREFERENCIA Y RESUMEN DE ALTA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **EDAD:** _____
No. DE EXPEDIENTE: _____
FECHA DE INGRESO: _____ **FECHA DE EGRESOS:** _____

DIAGNOSTICO DE INGRESO:	**DIAGNOSTICO DE EGRESO:**
	SERVICIO:

MOTIVO DE CONTRAREFERENCIA

1. CURACION ☐ **2.MEJORIA** ☐ **3.VOLUNTARIA** ☐ **4.DEFUNCION** ☐ **5.ENVIO A OTRA UNIDAD** ☐

RESUMEN CLINICO (EVOLUCION ESTADO ACTUAL ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS MEDICO Y/O QUIRURGICO)

INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD ADSCRIPCION

REFERENCIA JUSTIFICADA **SI** ☐ **NO** ☐

_____ _____
NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO TRATANTE **SELLO DE LA UNIDAD** **FIRMA DEL MEDICO TRATANTE**

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO FORMATO DE ASISTENCIA A SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES ÁREA DEL DIF.

El Honorable Ayuntamiento de Alvarado Veracruz es el responsable de los datos personales que usted nos proporcione, los datos personales que recabemos de usted los utilizaremos con la finalidad de llevar una ficha de identificación y localización del paciente. De manera adicional utilizaremos su información personal como nombre del paciente, domicilio, localidad, municipio, estado, teléfono, no. de expediente, etc. Para que toda persona física o moral, que de manera enunciativa mas no limitativa se ostente en calidad de paciente, socios, afiliados, beneficiarios, proveedores, usuarios, presentadores de servicios, trabajadores y todos aquellos anexos y conexos que haga uso, adquiera un traslado alguna dependencia hospitalaria que brinde el DIF municipal, en concordancia a las especialidades del objeto social y especialidades de la parte que lo integren, así como asistencia clínica llevar una estadística de los resúmenes clínicos que atendemos, cuántos días lleva su terapia y que tan eficientes estamos dando nuestros servicios, además de poder llevar una buena programación de futuras consultas. En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales usted puede manifestarse ante la contraloría de este Ayuntamiento por medio de un oficio. Si usted no manifiesta su negativa para dichas transferencias se entenderá que ha otorgado su conocimiento. Para mayor información del tratamiento y los derechos que usted puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral a través de la dirección electrónica www.alvarado.gob.mx. Sección Avisos de Privacidad.