

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD UNIVERSITARIA DE ENFERMEDADES CARDIOMETABÓLICAS

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

FECHA		HORA		URGENTE:	SÍ		NO	
NOMBRE DEL PACIENTE:								
EDAD		SEXO		No. EXPEDIENTE				
DOMICILIO:								
SERVICIO A DONDE SE REFIERE								
ESPECIALIDAD		HOSPITALIZACIÓN						
URGENCIAS		OTRO						
MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO)								
SIGNOS VITALES:								
TENSIÓN ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	FRECUENCIA CARDIACA	PULSO				
SOMATOMETRÍA:								
ESTATURA	PESO	IMC	CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL					
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:								

Nombre, firma y cédula del
Profesionista que refiere

Nombre y firma del responsable de la
Unidad

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD UNIVERSITARIA DE ENFERMEDADES CARDIOMETABÓLICAS

HOJA DE ALTA Y CONTRARREFERENCIA

SERVICIO QUE REMITE			
FECHA DE RECEPCIÓN		FECHA DE EGRESO	
DIAGNÓSTICO DE RECEPCIÓN	DE		
DIAGNÓSTICO DE EGRESO	DE		
RESUMEN CLÍNICO:			
PLAN TERAPÉUTICO:			
PRÓXIMA CITA:		ALTA:	

Nombre, firma y cédula del
Profesionista que refiere