

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD CARDIOMETABÓLICA

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

NOTA: el(la) paciente debe regresar este documento al profesionista de la salud que lo solicitó.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD CARDIOMETABÓLICA

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

NOTA: el(la) paciente debe regresar este documento al profesionista de la salud que lo solicitó.