

**Instructivo para el llenado del formato  
"Hoja de Referencia/Traslado/Contrarreferencia"  
(Formato Institucional)**

**1.- Fecha**

Se anotará el día, mes y año en que se realiza la referencia o traslado.

**2.- No. De control**

Se anotará el número de folio correspondiente a la hoja "Sistema de Referencia Contrarreferencia".

**3.- Clasificación socioeconómica**

Se anotará el nivel socioeconómico del paciente.

**4.- Urgencia (Si) o (No)**

Se anotará una cruz, dependiendo si requiere atención de urgencia o no, en el caso que se requiera, se observará procedimiento de traslado de pacientes.

**5.- Nombre**

Se anotará el nombre del paciente iniciando por el apellido paterno, materno y nombre.

**6.- Nombre del familiar o responsable**

Se anotará el nombre del familiar o responsable que se hará cargo del paciente.

**7.- Parentesco**

Anotar la relación que guarda el informante con el paciente.

**8.- Número de expediente**

Se anotará el número correspondiente al expediente clínico del paciente..

**9.- Edad**

Se anotará con número arábigo la edad del paciente en años cumplidos, meses cuando el paciente sea menor de un año, o días para menores de un mes.

**10.- Sexo**

Se anotará una "M" o una "F" según se trate de masculino o femenino respectivamente.

**11.- Unidad que refiere**

Se anotará el nombre de la unidad médica que refiere al paciente.

**12.- Unidad a la que se refiere**

Se anotará el nombre de la unidad médica a la que se refiere el paciente.

**13.- Domicilio**

Se anotará el nombre de la calle, número y colonia de la unidad a la que se refiere.

**14.- Servicio al que se envía**

Se anotará el nombre del servicio.

**15.- Nombre del médico que acepta la referencia**

Se anotará el nombre completo del médico que autorizó la recepción del paciente.

**16.- Motivo de la referencia o traslado (resumen clínico del padecimiento)**

Se describirá de manera clara y completa, incluyendo signos y síntomas del padecimiento que motiva la referencia del paciente a otra unidad médica. En caso de que la referencia sea motivada únicamente con fines de estudio de laboratorio o gabinete deberá justificarse en este rubro. Se anotará en el rubro correspondiente la tensión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, peso y talla del paciente. Se anexarán los estudios de laboratorio y gabinete que se hayan realizado.

**17.- Impresión diagnóstica**

Se anotará el diagnóstico definitivo o presuncional que apoye la referencia.

**18.- Nombre y firma del responsable de la unidad**

Se registrará el nombre completo y firma unidad del médico responsable de la unidad que refiere al paciente, con el propósito de avalar el procedimiento.

**19.- Nombre y firma del médico que refiere**

Se registrará el nombre del médico o técnico en Atención Primaria de la salud que refiere al paciente.

**20.- Nombre**

Se anotará el nombre de la unidad médica que emite la contrarreferencia del paciente.

**21.- Servicio**

Se anotará el nombre del servicio que atiende al paciente.

**22.- Fecha**

Se anotará día, mes y año en que se realice la contrarreferencia.

**23.- Manejo del paciente (Padecimiento actual y Evolución)**

Se anotarán las condiciones clínicas en las que el paciente referido ingresa a la unidad médica, así como su evolución durante su estancia en la misma y las medidas terapéuticas que se llevan a cabo, señalando el nombre de los medicamentos, la dosis y la duración del tratamiento además deberán anexar los estudios paraclínicos.

**24.- Diagnóstico de ingreso**

Se anotará el o los diagnósticos clínicos probables, motivo de su ingreso.

**25.- Diagnóstico de egreso**

Se anotará el diagnóstico definitivo en forma clara.

**26.- Recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción**

Se anotarán sugerencias o comentarios sobre el caso clínico para el control subsecuente del paciente en su unidad de origen, en este se incluirán las sugerencias de manejo dietético, higiénico, dar por terminado el tratamiento, indicar si se continua el tratamiento, regreso a consulta subsecuente al servicio y la fecha, así como, informar si el caso requiere de enviar al paciente a otra área de especialidad.

**27.- Debe regresar**

Se anotará sí o no y en caso afirmativo la fecha de la nueva cita a la consulta.

**28.- En caso de dudas comunicarse con el médico que envió al teléfono**

Se anotará el número telefónico del médico responsable, para cualquier observación.

**29.- Nombre y firma del médico tratante**

Se anotará el nombre completo y firma del médico que trate al paciente referido.

**30.-Nombre y firma del responsable de la unidad**

Se anotará el nombre completo y firma del médico responsable de la unidad que contrarrefiere al paciente.



HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO  
 "FEDERICO GOMEZ"  
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
 DR. MARQUEZ No. 162 C.P. 06720 MEXICO D.F.

SECRETARIA DE SALUD  
 HOJA DE REFERENCIA/TRASLADO

Fecha 1 No. de Control 2 Clasificación Socioeconómica 3 Urgencia 4 SI 5 NO 6

II

NOMBRE (S) <u>5</u>		NOMBRES	
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO		
NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE: <u>6</u>		PARENTESCO <u>7</u>	
NUMERO DE EXPEDIENTE: <u>8</u>	EDAD <u>9</u>	SEXO	<u>10</u>

III

UNIDAD QUE REFIERE: 11

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: 12

DOMICILIO: 13

CALLE NUMERO COLONIA

SERVICIO AL QUE SE ENVIA: 14

NOMBRE DEL MEDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA: 15

V

MOTIVO DE LA REFERENCIA/TRASLADO (RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO): T.A. 16 TEMP. 16 F.R. 16

F.C. 16 PESO 16 TALLA 16 ESCALA DE GLASGOW 16 SILVERMAN 16 LLENADO CAPILAR 16

PADECIMIENTO ACTUAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EVOLUCION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ANEXAR: \_\_\_\_\_ ESTUDIOS \_\_\_\_\_ PARACLINICOS \_\_\_\_\_

VI

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: 17

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18

NOMBRE Y FIRMA DEL  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD

19

NOMBRE Y FIRMA DEL  
 MEDICO QUE REFIERE

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

VII

UNIDAD MEDICA QUE CONTRARREFIERE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

SERVICIO: \_\_\_\_\_ 21 \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ 22 \_\_\_\_\_

VIII

MANEJO DEL PACIENTE 23

PADECIMIENTO ACTUAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EVOLUCION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTUDIOS PARACLINICOS (ANEXAR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE INGRESO: \_\_\_\_\_ 24 \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE EGRESO: \_\_\_\_\_ 25 \_\_\_\_\_

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCION: \_\_\_\_\_ 26 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DEBE REGRESAR: \_\_\_\_\_ 27 \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

EN CASO DE DUDAS COMUNICARSE CON EL MEDICO QUE ENVIO AL TELEFONO: \_\_\_\_\_ 28 \_\_\_\_\_