

Planilla de Referencia y Contra Referencia

Centro de Salud: _____ Referencia N°: _____

Paciente: _____

Servicio: _____ Fecha Derivación: ____/____/____

Motivo de Derivación: _____

Para archivar en lugar desde donde se deriva

Centro de Salud: _____ Referencia N°: _____

Derivación de: URGENCIA / PROGRAMADA

Servicio al que deriva: _____ Fecha Derivación ____/____/____

Paciente _____

Edad _____ DNI N° _____ Obra Social _____

Motivo de Derivación: _____

Firma y Aclaración de la persona que deriva _____

Lo lleva la/el paciente a la interconsulta

Contrarreferencia - Centro de Salud _____ N° _____

Paciente _____ DNI N° _____

Resumen de la Interconsulta _____

Estudios Realizados _____

Internación SI / NO (días) _____ Tratamientos (Medicamentos/Dosis/Tiempo) _____

Estudios que faltaron realizar (anotar si están pedidos) _____

Fecha Próximo control ____/____/____ Lugar _____

A llenar por el Interconsultor