

**HOSPITAL DEL NIÑO
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

RESPUESTA A LA REFERENCIA

Institución que responde

Instalación Receptora

DD/MM/AAAA

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Cédula _____

Seguro Social _____

Teléfono _____

Edad _____

Dirección: _____

Localidad

No. de Casa

Comunidad

Corregimiento/Distrito

Hallazgos Clínicos:

Exámenes:

Diagnóstico(s):

CIE-10: _____

Manejo y Tratamiento

Recomendaciones/Plan Terapéutico:

Reevaluación especializada: En: _____

Nombre del que responde : _____

Especialista: _____

Firma