

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

**REFERENCIA**

\_\_\_\_\_  
Instalación que refiere                      Instalación Receptora                      Servicio al que se refiere

\_\_\_\_\_  
DD/MM/AAAA                      1. Consulta Externa                      2. Urgencia                      3. Hospitalización

\_\_\_\_\_  
Primer Apellido                      Segundo Apellido                      Primer Nombre                      Segundo Nombre

Cédula \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Localidad                      No. de Casa                      Comunidad                      Corregimiento/Distrito

**Motivo de Referencia**

1. Servicio no ofertado
2. Ausencia de profesional
3. Falta de equipo
4. Falta de insumo

**Clasificación de la Atención Solicitada**

1. Electiva
2. Electiva prioritaria
3. Hospitalización
4. Urgente

**Anamnesis:**

Examen Físico:                      PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

**Exámenes**

BHC Urin Heces Glc Creat Nde U Electr Amilasa Bilirr Trans Cultivo RX USG EKG

**Diagnóstico**

**Tratamiento**

Nombre del referente                      Médico Pediatra                      Medico General                      Especialista: \_\_\_\_\_