Adecra+Cedim

FORMULARIO DE REFERENCIA / CONTRARREFERENCIA

1. DATOS GENERALES

Establecimiento de origen de la referencia:

Establecimiento de destino de la referencia:

Motivo de traslado:

Cama individual: ☐ SI ☐ NO Justificación:

2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Apellido y nombre:

Obra social o prepaga: DNI:

Edad: Género: Domicilio:

Teléfono: Cel: Email:

Responsable:

3. HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta:

Motivo de internación:

Enfermedad actual y sus antecedentes:

Examen Físico: T: TA: FR: FC: Peso: Talla:

SatO2:HGT:

Traqueotomía	☐ SÍ	☐ NO
Sonda vesical	☐ SÍ	☐ NO
Gastrostomía	☐ SÍ	☐ NO
Sonda Naso-enteral	☐ SÍ	☐ NO
Escaras	☐ SÍ	☐ NO
ARM	☐ SÍ	☐ NO
Catéter venoso central	☐ SÍ	☐ NO
Hemodiálisis	☐ SÍ	☐ NO
Alimentación parenteral	☐ SÍ	☐ NO

Adecra+Cedim

Nivel de conciencia:
Datos relevantes del examen físico:
Evaluación fisiátrica de egreso:
Diagnóstico presuntivo:
1) 2) 3)
Tratamiento:

4. DATOS DE LA REFERENCIA

Responsable de la referencia:
Responsable de la recepción:
Grado de complejidad:
Directivas anticipadas: ☐ SI ☐ NO (En caso de que exitan, acompañar con la documentación pertinente)

Adecra+Cedim