Instrucciones de llenado

Llenar con letra de molde clara y legible sin tachaduras ni enmendaduras.

Este formato contará con papel autopasante con original y 2 copias de diferentes colores (azul y rosa), si es referencia el original será para el expediente en el Centro de Salud, la copia azul para el hospital receptor y la rosa para el paciente, si es contrarreferencia el original para el expediente del hospital, la copia azul para el Centro de Salud receptor y la rosa para el paciente.

**REFERENCIA**

**Folio**. Incluir el número consecutivo que corresponde al formato único de referencia y contrarreferencia.

**Fecha.** Anotar día, mes y año corriente.

**Urgencia**. Anotar en el espacio **SI**, para indicar que el usuario requiere atención médica de urgencia y **NO** para indicar que no requiere atención de urgencia y se encuentra estable.

**Póliza Seguro Popular.** Anotar el número correspondiente de la Póliza, en caso de que el usuario no esté inscrito al Sistema de Protección Social en Salud, anotar **NO APLICA**.

**Clave de intervención CAUSES.** Anotar el número de intervención que cubre la enfermedad o padecimiento del usuario de acuerdo al Catálogo Universal de Salud vigente, en caso de no estar incluido anotar **NINGUNO**.

**Nombre(s) apellido paterno, materno**. Anotar sin abreviaturas el nombre y apellidos del usuario como está inscrito en la póliza de afiliación o en su defecto su identificación oficial.

**Expediente.** Anotar completo con números y diagonales los dígitos de identificación asignado al Expediente Clínico del usuario que se refiere.

**Edad.** Especificar el número de años y meses del usuario.

**Femenino, Masculino.** Marcar el recuadro correspondiente según sea el caso.

**Nombre de familiar o responsable.** Escribir el nombre completo sin abreviaturas y legible de la persona que acompaña al usuario.

**Parentesco.** Indicar el vínculo de consanguinidad entre el usuario y el familiar o responsable (nana, mamá, hijo, primo, hermano, etc.)

**Unidad Médica que refiere.** Anotar el nombre oficial de la unidad médica que refiere al usuario.

**Domicilio.** Anotar nombre de la calle, número, colonia y localidad en donde se localiza la unidad médica a la que se refiere el usuario.

**Servicio al que envía.** Indicar el nombre de la especialidad o servicio de la unidad médica al que se envía al usuario.

**Unidad Médica a la que refiere.** Escribir el nombre oficial de la unidad médica a la que se envía al usuario.

**TA, Temp, FR, FC, Peso, Talla. TA**.- Presión arterial del usuario en mmHg; **Temp**.- Temperatura actual del usuario en °C; **FR**.- Frecuencia respiratoria por minuto; **FC**.- Frecuencia cardiaca por minuto; **Peso**.- Anotar el peso del usuario en kilogramos; **Talla**.- Anotar la estatura del usuario en metros y centímetros.

**Resúmen Clínico.** Asentar la información que se solicita relacionada con los signos vitales y datos somatométricos del usuario que se envía.

**Padecimiento actual.** Escribir los datos clínicos relevantes que lo dirigen hacia el diagnóstico presuntivo.

**Exploración física.** Incluir los datos relevantes para el padecimiento actual al realizar el exámen físico.

**Estudios de laboratorio y gabinete.** Anotar los estudios previos que soportan el diagnóstico o los que se requieran.

**Diagnóstico y motivo de envío.** Escribir valoración presuncional que apoya la referencia acorde al catálogo CIE-10.

**Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico Responsable de la Unidad Médica.** Escribir legiblemente el nombre y apellidos del médico responsable de la unidad médica, la cédula profesional y plasmar su firma.

**Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico que refiere.** Escribir legiblemente el nombre y apellidos del médico responsable de la unidad médica que refiere al usuario, cédula profesional y plasmar su firma.

**CONTRARREFERENCIA**

**Fecha de ingreso.** Anotar la fecha en que el usuario fue atendido por primera vez en la unidad a la que se refirió.

**Unidad médica que contrarrefiere.** Anotar el nombre oficial de la unidad médica que contrarrefiere al usuario.

**Especialidad o servicio.** Indicar el nombre de la especialidad o servicio médico donde se atendió al usuario y se realiza el egreso.

**Fecha de egreso.** Anotar el día, mes y año en que se contrarrefiere al usuario.

**Padecimiento actual.** Asentar el nombre de la enfermedad del usuario que se contrarrefiere.

**Evolución.** Escribir las fases de mejoría que se han observado durante el manejo y tratamiento al usuario.

**Estudios de laboratorio y gabinete.** Indicar el tipo de estudios de laboratorio y gabinete que se practicaron al usuario.

**Diagnóstico de ingreso.** Anotar el diagnóstico con el que se recibe al usuario especificado en la referencia.

**Diagnóstico de egreso.** Escribir el diagnóstico con el que se contrarrefiere al usuario.

**Instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción.** Anotar sugerencias o comentarios sobre el caso clínico del usuario para el control subsecuente en la unidad de origen, incluir las correspondientes al manejo dietético, higiénico, determinar o continuar el tratamiento, indicar su regreso o consulta subsecuente al servicio y la fecha, así como informar en caso de que el usuario sea enviado a otra especialidad.

**Debe regresar.** Indicar si el usuario debe regresar a la unidad médica que lo contrarrefiere.

**Fecha.** Anotar la fecha en que se debe regresar el usuario.

**En caso de dudas, favor de comunicarse con el médico que contrarrefiere al teléfono.** Anotar el número telefónico del médico que realiza la contrarreferencia.

**Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico Responsable de la Unidad Médica.** Escribir legiblemente el nombre y apellidos del médico responsable de la unidad médica, la cédula profesional y plasmar su firma.

**Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico que contrarrefiere.** Escribir legiblemente el nombre y apellidos del médico responsable de la unidad médica que contrarrefiere, la cédula profesional y plasmar su firma.