

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

1/ FOLIO

2/ Adulto Pediátrico

3/ Fecha de Referencia

4/ Núm. de Expediente

5/ Edad

6/ Sexo

Años

Meses

M

F

7/ Nombre de la o del Paciente

8/ Fecha de Nacimiento de la o del Paciente

9/ Domicilio de la o del Paciente

10/ Teléfono de la o del Paciente

11/ Motivo del Envío

12/ Diagnóstico Presuncional

13/ Urgencia

SÍ

NO

14/ Unidad que Refiere

15/ Unidad a la que se Refiere

16/ Especialidad o Servicio

17/ Médica o Médico que Refiere

18/ Clasificación Socioeconómica

REFERENCIA

1/ FOLIO

2/ Adulto Pediátrico

3/ Fecha de Referencia

4/ Núm. de Expediente

18/ Clasificación Socioeconómica

13/ Urgencia

SÍ

NO

7/ Nombre de la o del Paciente

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre(s)

8/ Fecha de Nacimiento de la o del Paciente

10/ Teléfono de la o del Paciente

9/ Domicilio de la o del Paciente

19/ Nombre de la o del Familiar o Responsable

20/ Parentesco

4/ Núm. de Expediente

5/ Edad

6/ Sexo

14/ Unidad que Refiere

15/ Unidad a la que se Refiere

21/ Domicilio de la Unidad

Calle

Número

Colonia

22/ Servicio al que se envía

23/ Nombre de la Médica o del Médico que acepta la Referencia

24/ Motivos de la Referencia (Resumen Clínico del Padecimiento)

Tensión Arterial

Temperatura

Frecuencia Respiratoria

Frecuencia Cardíaca

Peso

Talla

Escala de Glasgow

Silverman

25/ Llenado Capilar

26/ Padecimiento Actual

27/ Evolución

28/ Estudios de Laboratorio y Gabinete

29/ Impresión Diagnóstica

30/ Nombre y Firma de la Persona Responsable de la Unidad

31/ Nombre y Firma de la Médica o del Médico que Refiere

ORIGINAL PACIENTE

Visita Domiciliaria

32/ Fecha de Visita33/ Fecha de Alta

34/ Se le atendióSÍNO35/ Nombre de la Unidad

36/ ¿Por qué?

37/ Observaciones



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



ESTADO DE
MÉXICO
¡El poder de servir!

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONTRARREFERENCIA

38/ Nombre de la Unidad Médica que Contrarrefiere

39/ Especialidad o Servicio40/ Fecha

Manejo de la o del Paciente

41/ Padecimiento Actual

42/ Evolución

43/ Estudios de Laboratorio y Gabinete

44/ Diagnóstico de Ingreso

45/ Diagnóstico de Egreso

46/ Instrucciones y Recomendaciones para el manejo de la o del Paciente en su Unidad de Adscripción

47/ Debe Ingresar48/ Fecha

49/ En caso de dudas comunicarse con la médica o el médico responsable de la atención que envió al teléfono

50/ Nombre y Firma de la Médica o del Médico Responsable de la Atención

51/ Nombre y Firma de la Persona Responsable de la Unidad

INSTRUCTIVO PARA EL USO Y LLENADO DEL FORMATO
“REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA” (208C0101100000L-181-25)

Objetivo: Documentar la referencia y contrarreferencia de pacientes entre las unidades médicas de los diferentes niveles de atención del Instituto de Salud del Estado de México.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y dos copias, el original para la o el paciente, la primera copia para la unidad médica que contrarrefiere y la segunda copia para la unidad médica que refiere (sólo anverso).

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO	Anotar el número consecutivo que corresponda al formato que se requisita.
2	ADULTO/ PEDIÁTRICO	Escribir una “X” en el cuadro según corresponda: Adulto cuando la o el paciente es mayor de 15 años y pediátrico cuando la o el paciente es menor de 15 años.
3	FECHA DE REFERENCIA	Registrar el día, mes y año en que se refiere a la o al paciente.
4	NÚM. DE EXPEDIENTE	Anotar el número de identificación asignado al Expediente Clínico de la o del paciente que se refiere.
5	EDAD	Asentar el número de años y meses de la o del paciente que se refiere o, en su caso, el número de meses, cuando la o el paciente es menor a 1 año.
6	SEXO	Escribir una “X” en el cuadro según corresponda, para indicar el sexo de la o del paciente: M (Hombre) y F (Mujer).
7	NOMBRE DE LA O DEL PACIENTE	Anotar el nombre o nombres, primer y segundo apellidos de la o del paciente que es referido.
8	FECHA DE NACIMIENTO DE LA O DEL PACIENTE	Registrar el día, mes y año de nacimiento de la o del paciente que es referido.
9	DOMICILIO DE LA O DEL PACIENTE	Anotar el nombre de la calle, número exterior e interior, colonia, localidad donde vive la o el paciente.
10	TELÉFONO DE LA O DEL PACIENTE	Escribir el número de teléfono celular o de casa de la o del paciente, incluyendo lada.
11	MOTIVO DEL ENVÍO	Asentar la causa o causas por las que la o el paciente es referido.
12	DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL	Anotar el diagnóstico que se sospecha de la o del paciente.
13	URGENCIA	Marcar con una “X” el cuadro (SÍ) para indicar que la o el paciente requiere atención médica de urgencia o el cuadro (NO) para indicar que no requiere atención de urgencia.
14	UNIDAD QUE REFIERE	Escribir el nombre oficial de la unidad médica que refiere a la o al paciente.
15	UNIDAD A LA QUE SE REFIERE	Asentar el nombre oficial de la unidad médica a la que se refiere a la o al paciente.
16	ESPECIALIDAD O SERVICIO	Anotar el nombre de la especialidad o del servicio de la Unidad Médica al que se envía a la o al paciente.
17	MÉDICA O MÉDICO QUE REFIERE	Escribir el nombre o nombres, primer y segundo apellidos de la médica o del médico que refiere a la o al paciente.
18	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA	Asentar el nivel socioeconómico de la o del paciente de conformidad con el tabulador correspondiente en vigor.

REFERENCIA

19	NOMBRE DE LA O DEL FAMILIAR O RESPONSABLE	Escribir el nombre o nombres de la o del familiar o, en su caso, de la persona responsable de la o del paciente durante la referencia.
----	--	--

20	PARENTESCO	Indicar el vínculo de consanguinidad entre la o el paciente y el familiar o responsable (papá, mamá, hijo, hermano, primo, entre otros.), en caso de no haber parentesco, anotar NINGUNO.
21	DOMICILIO	Anotar el nombre de la calle, número y colonia en donde se localiza la unidad médica a la que se refiere a la o al paciente.
22	SERVICIO AL QUE SE ENVÍA	Registrar el nombre de la especialidad o del servicio de la unidad médica al que se envía a la o el paciente.
23	NOMBRE DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA	Registrar el nombre o nombres, primer y segundo apellidos de la médica o del médico que recibirá a la o al paciente referido.
24	MOTIVOS DE LA REFERENCIA	Anotar la información que se solicita relacionada con los signos vitales y datos somatométricos de la o del paciente que se envía.
25	LLENADO CAPILAR	Registrar los valores detectados por la médica o el médico, como resultado de esta prueba realizada a la o al paciente que se refiere.
26	PADECIMIENTO ACTUAL	Escribir el nombre de la enfermedad de la o del paciente que se refiere.
27	EVOLUCIÓN	Anotar las fases que se han observado durante el tratamiento a la o al paciente.
28	ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE	Asentar el tipo de estudio de laboratorio o gabinete que se requiere practicar a la o al paciente.
29	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	Escribir el diagnóstico que se sospecha o presuncional que apoya la referencia.
30	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA UNIDAD	Escribir el nombre o nombres, primer y segundo apellidos, así como la firma de la persona responsable de la unidad médica que refiere.
31	NOMBRE Y FIRMA DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO QUE REFIERE	Asentar el nombre o nombres, primer y segundo apellidos, así como la firma de la médica o del médico que refiere a la o al paciente.
32	FECHA DE VISITA	Anotar el día, mes y año en que se realiza la visita domiciliaria.
33	FECHA DE ALTA	Escribir el día, mes y año en que se dio de alta a la o al paciente.
34	SE LE ATENDIÓ	Escribir una "X" en el espacio que corresponda, para indicar si se atendió o no a la o al paciente en la unidad médica donde se le refirió.
35	NOMBRE DE LA UNIDAD	Anotar el nombre oficial de la unidad médica en la que se atendió o no se atendió a la o al paciente.
36	¿POR QUÉ?	En caso de haber atendido a la o al paciente, anotar la fecha en los renglones en blanco, si no se le atendió, anotar los motivos.
37	OBSERVACIONES	Anotar los señalamientos relevantes u objeciones a considerar, relacionados con la referencia.
CONTRERREFERENCIA		
38	NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE	Anotar el nombre oficial de la unidad médica que contrarrefiere a la o al paciente.
39	ESPECIALIDAD O SERVICIO	Escribir el nombre de la especialidad o del servicio médico en el que se atendió a la o al paciente.
40	FECHA	Asentar el día, mes y año en que se contrarrefiere a la o al paciente.
MANEJO DE LA O DEL PACIENTE		

41	PADECIMIENTO ACTUAL	Registrar el nombre de la enfermedad de la o del paciente que se contrarrefiere.
42	EVOLUCIÓN	Escribir las fases de mejoría que se han observado durante al tratamiento de la o del paciente.
43	ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE	Asentar el tipo de estudios de laboratorio o gabinete que se practicaron a la o al paciente.
44	DIAGNÓSTICO DE INGRESO	Anotar el diagnóstico con el que se recibe a la o al paciente especificado en la referencia.
45	DIAGNÓSTICO DE EGRESO	Escribir el diagnóstico con el que se contrarrefiere a la o al paciente.
46	INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES	Anotar las sugerencias o comentarios sobre el caso clínico de la o del paciente para el control subsecuente en su unidad de origen, incluir las correspondientes al manejo dietético, higiénico, de terminar o continuar el tratamiento, indicar su regreso o consulta subsecuente al servicio y la fecha, así como informar en caso de que la o el paciente sea enviado a otra especialidad.
47	DEBE INGRESAR	Indicar si la o el paciente debe regresar a la unidad médica que lo contrarrefiere.
48	FECHA	Anotar el día, mes y año en que debe regresar a la o al paciente.
49	EN CASO DE DUDAS COMUNICARSE CON	Escribir el número telefónico del personal de salud que realiza la contrarreferencia.
50	NOMBRE Y FIRMA DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	Anotar el nombre o nombres, primer y segundo apellidos, así como la firma de la médica o del médico que atendió a la o al paciente (personal médico que contrarrefiere) en la unidad médica que contrarrefiere.
51	NOMBRE Y FIRMA DE LA O DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD	Anotar el nombre o nombres, primer y segundo apellidos, así como la firma de la médica o del médico responsable de la unidad médica que contrarrefiere.