UACH
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
Facultad de Enfermería y Nutriología

HOJA DE REFERENCIA DE UNIDAD DE PSICOLOGÍA

No. DE EXPEDIENTE:

URGENCIA	
SI	NO

I. HOJA DE REFERENCIA

DIA	MES	AÑO

DATOS DE PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE :_____

DOMICILIO _____

LOCALIDAD _____

MUNICIPIO _____ ESTADO _____

TELÉFONO _____ Matrícula _____

FECHA DE NAC.			EDAD	SEXO	
DIA	MES	AÑO		M	F

FOLIO AFILIACIÓN SEGURO POPULAR

DATOS DE UNIDAD QUE REFIERE

UNIDAD QUE REFIERE: _____ DOMICILIO: _____

LOCALIDAD : _____ MUNICIPIO : _____

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR QUE RECIBE Y/O AUTORIZA _____

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: _____ SERVICIO: _____

DOMICILIO: _____ ESTADO: _____

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ACEPTA LA REFERENCIA:

DÍA _____ MES _____ AÑO _____ HORA: _____

RESUMEN CLÍNICO (ANOTAR LOS PRINCIPALES DATOS DE LA ENTREVISTA Y EVALUACIONES, QUE CONSIDERE

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO PRACTICADOS (TIPO, RESULTADO, FECHA)

SIGNOS VITALES **SOMATOMETRIA**

NSIÓN ARTER	TEMPERATURA	RECUENCIA RESPIRATOR	FRECUENCIA CARDIACA	PULSO	PESO	TALLA
mmHg.	°C	x'	x'	x'	Kg.	cm.

DIAGNÓSTICO(S) DE ENVÍO

OBSERVACIONES

NOMBRE, FIRMA
ENTERADO

SELLO DE LA UNIDAD

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
PSICÓLOGO (A) TRATANTE O QUE REFIERE

UACH
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
Facultad de Enfermería y Nutriología

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **EDAD:** _____

NO. DE MATRÍCULA: _____ _____

FECHA DE PRÓXIMA CITA: _____ **FECHA DE EGRESO:** _____

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:	**DIAGNÓSTICO DE EGRESO:**
	SERVICIO:

MOTIVO DE CONTRARREFERENCIA

1. EVALUACIÓN ☐ 2. MEJORÍA ☐ 3. VOLUNTARIA ☐ 4.SEGUIMIENTO ☐ 5. ENVÍO A OTRA UNIDAD ☐

RESUMEN CLÍNICO (EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL, ESTUDIOS REALIZADOS Y TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO):

INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL USUARIO EN LA UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:

REFERENCIA JUSTIFICADA

SI ☐ **NO** ☐

_____ _____ _____

NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO TRATANTE **SELLO DE LA UNIDAD** **FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO TRATANTE**