|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INSTITUCION**  | **AREA MEDICA** | **LOCALIZACION** | **HISTORIA CLÍNICA** |
|  |  | PARROQUIA | CANTÓN | PROVINCIA |
|  |  |  |  |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO |  |  |  | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | CÉDULA DE CIUDADANIA |
|  |  |  |  |  |
| FECHA DE REFERENCIA | HORA | EDAD | GENERO | ESTADO CIVIL | INSTRUCCIÓN | EMPRESA DONDE TRABAJA | SEGURO DE SALUD |
| M | F | S | C | D | V | UL | SIN | BAS | BACH  | SUP | ESP |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ESTABLECIMIENTO AL QUE SE HACE LA REFERENCIA |  | SERVICIO QUE REFIERE |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **1 MOTIVO DE REFERENCIA** |
|  |

|  |
| --- |
| **2 RESUMEN DEL CUADRO CLINICO** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **4 TRATAMIENTO REALIZADO** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **5 DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS Y DEFINITIVOS** |
|  |
|  |
|  |
|  |

 **Elaborado y aprobado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **MÉDICO DEPARTAMENTO BIENESTAR ESTUDIANTIL**