



**Ministerio de
Salud**
Gobierno de Santa Cruz



REMEDIAR
 **+ REDES**

FORMULARIO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTE

CENTRO DE SALUD QUE REFIERE

Nombre:

Código Remediar / SISA:

Tel:.....

email:@.....

Apellido y nombre del paciente:.....Edad:Sexo: ☐ M ☐ F

DNI: Domicilio: Localidad:

Obra Social: Cuál: ☐ No posee

Motivo de la derivación

○ Interconsulta

○ Control/seguimiento

○ Estudios (Lab,Rx)

☐ Urgencia

☐ Otro

Información básica del paciente: (Antecedentes, datos clínicos, exámenes solicitados y realizados, diagnósticos)

Diagnóstico(s)

Servicio /al que se deriva /Hospital

Si va con turno indicar: Fecha...../...../..... Hora:

Firma y sello del profesional.....Fecha: / /

SELO INSTITUCIÓN QUE REFIERE



**Ministerio de
Salud**
Gobierno de Santa Cruz



REMEDIAR
 **+ REDES**

CENTRO DE SALUD RECEPTOR DE LA REFERENCIA

Nombre:

Servicio:

Tel. del servicio:.....

RESPUESTA CONTRAREFERENCIA

Apellido y nombre del paciente:.....DNI:NCL:

(Informe, diagnóstico, tratamiento e indicaciones)

Centro de salud destino de este informe:.....

Firma y sello del profesional.....Fecha: / /

SELO SERVICIO / HOSPITAL