



**REFERENCIA DE PACIENTES  
AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

SIS: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Comunidad: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Enviado al establecimiento de salud de: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE REFERENCIA**

- |                        |                          |                |                          |
|------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Control gestante       | <input type="checkbox"/> | Desnutrición   | <input type="checkbox"/> |
| Parto                  | <input type="checkbox"/> | Edad           | <input type="checkbox"/> |
| Control puerperio      | <input type="checkbox"/> | Ira            | <input type="checkbox"/> |
| Planificación familiar | <input type="checkbox"/> | Fiebre         | <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones           | <input type="checkbox"/> | Enf. Eruptivas | <input type="checkbox"/> |
| TBC                    | <input type="checkbox"/> | Vacunas        | <input type="checkbox"/> |

Otras causas: \_\_\_\_\_

Atención que da el ACS: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos del ACS: \_\_\_\_\_

Nombre del personal de salud que recibe al paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del ACS

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de salud

ESTA PARTE QUEDA CON EL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD



**REFERENCIA DE PACIENTES  
AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

SIS: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Recibido por el establecimiento de salud de: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE REFERENCIA**

- |                        |                          |                |                          |
|------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Control gestante       | <input type="checkbox"/> | Desnutrición   | <input type="checkbox"/> |
| Parto                  | <input type="checkbox"/> | Edad           | <input type="checkbox"/> |
| Control puerperio      | <input type="checkbox"/> | Ira            | <input type="checkbox"/> |
| Planificación familiar | <input type="checkbox"/> | Fiebre         | <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones           | <input type="checkbox"/> | Enf. Eruptivas | <input type="checkbox"/> |
| TBC                    | <input type="checkbox"/> | Vacunas        | <input type="checkbox"/> |

Otras causas: \_\_\_\_\_

Atención que dio el ACS: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos del ACS: \_\_\_\_\_

Nombre del personal de salud que recibe al paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del ACS

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de salud

ESTA PARTE QUEDA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD



**CONTRA REFERENCIA AL AGENTE  
COMUNITARIO DE SALUD**

Fecha de envío: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_

Comunidad: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**INFORME DE LA ATENCIÓN**

Informe de la atención: \_\_\_\_\_

Resumen de la HC: \_\_\_\_\_

Tratamiento e indicaciones: \_\_\_\_\_

Fecha de cita: \_\_\_\_\_

Indicaciones para el ACS: \_\_\_\_\_

Nombre del personal de salud que atendió: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

ESTA PARTE SE DEVUELVE AL ACS QUE HIZO LA REFERENCIA