



| | | | |
|--|--|---|--|
| FECHA ____/____/____ | REFERENCIA | | NSS |
| ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE: | | | |
| NOMBRE DEL PACIENTE: | | | EDAD: |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE: (Solo en caso de que el paciente sea menor de edad) | | PARENTESCO: | |
| CÉDULA: ____-____-____ | SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | NACIONALIDAD Dominicana <input type="checkbox"/> Haitiana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> | TIPO DE ARS SeNaSa Cont. <input type="checkbox"/> SeNaSa Subs. <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> |
| BREVE HISTORIA POR LA QUE SE REFIERE AL PACIENTE Y DIAGNÓSTICO PROBABLE | | | |
| | | | |
| SIGNOS VITALES | | | |
| TA | FC | FR | TEMPERATURA |
| MEDICACIÓN INICIAL | | | |
| | | | |
| ESTABLECIMIENTO AL CUAL REFIERE | | | |
| NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE | | SELLO DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE | |
| FECHA ____/____/____ | CONTRAREFERENCIA | | |
| HISTORIA DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: | | | |
| | | | |
| ESTUDIOS Y/O IMÁGENES REALIZADOS: | | | |
| | | | |
| MEDICACIÓN ÍNDICADA: | | | |
| | | | |
| PLAN A SEGUIR: | | | |
| | | | |
| NOMBRE DEL MÉDICO QUE CONTRARREFIERE: | | SELLO DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRARREFIERE: | |
| | | | |



GUIA PARA EL LLENADO EL FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

Políticas del llenado del Formulario de referencia y Contrarreferencia.

- Esta guía es de obligatorio cumplimiento a toda la red pública de salud
- Cada variable debe de llenarse y si no aplicara deberá colocar N/A
- Este formulario de referencia y Contrarreferencia debe ser llenado por el médico que dio asistencia al usuario.

REFERENCIA

- **Fecha:** Debe ponerse la fecha en que se está realizando la consulta y que deriva el paciente o referencia
- **NSS:** Número de Seguridad Social del paciente
- **Centro que refiere:** es el centro de salud que está realizando la referencia del paciente
- **Nombre del Paciente:** Debe de ponerse el nombre real del paciente tal cual este en la cédula y/o seguro médico.
- **Edad:** colocar los años cumplidos del paciente
- **Nombre del responsable:** En caso del que el paciente sea un menor deberá de poner el nombre de la persona responsable o que esté acompañando al usuario.
- **Parentesco:** colocar la relación del usuario y la persona responsable
- **Cedula:** se colocará el número de cedula del paciente y si es un menor de la persona responsable
- **Sexo:** deberá colocar el sexo del usuario
- **Nacionalidad:** deberá colocar si el paciente es dominicano, haitiano o si es de otro país, deberá colocar otra.
- **Tipo ARS:** deberá colocar a qué tipo de ARS pertenece si es SeNaSa contributivo o subsidiado, de pertenecer a otra ARS se colocará otra.
- **Breve Historia por la que refiere al paciente y Diagnostico Probable:** se realizara una breve historia de la enfermedad, incluyendo el diagnostico probable de la enfermedad.
- **Signos Vitales:** agregara los signos vitales del paciente los cuales incluyen: Tensión Arterial (TA), Frecuencia Cardiaca (FC), Frecuencia Respiratoria (FR), la Temperatura (TEM) y Saturación de Oxímetro (si cuenta con oxímetro).
- **Medicación Inicial:** deberá colocar de ser el caso, la medicación que fue administrada o indicada inicialmente denotando nombre, dosis del medicamento y vía de administración.
- **Centro al Cual se Refiere:** deberá colocar el nombre del centro de salud que está realizando la referencia.
- **Nombre del Médico que Refiere:** se colocara el nombre del médico que realizo la referencia de manera clara y legible
- **Sello del Centro que refiere:** se le colocara el sello del centro hospitalario que está refiriendo al usuario.



CONTRARREFERENCIA

- **Fecha:** Se colocará la fecha en la que el medico realiza la contra referencia al usuario
- **Historia de Atención y Diagnóstico Definitivo:** se realizará una breve historia de atención al usuario incluyendo el diagnóstico definitivo de la enfermedad
- **Estudios y/o Imágenes Realizados:** deberá colocarse los apoyos diagnósticos realizados al usuario y de ser necesario incluirá el resultado del que refiera mayor importancia.
- **Medicación Indicada:** se colocará la medicación indicada por el médico especialista para conocimiento y seguimiento, esto incluirá el nombre del fármaco, la dosis indicada y la vía de administración, así como la duración del tratamiento.
- **Plan a seguir:** Se colocará la fecha y hora de cita subsecuente de ser necesario, y/o cualquier orientación importante para completa recuperación del paciente.
- **Nombre del Médico que Contra refiere:** se colocara el nombre del médico que realizo la contra referencia de manera clara y legible.
- **Sello del Centro que Contra refiere:** se le colocara el sello del centro hospitalario que está contra refiriendo al usuario.