[](https://es.smartsheet.com/try-it?trp=27219&utm_language=ES&utm_source=integrated+content&utm_campaign=/medical-forms-templates&utm_medium=ic+medical+referral+form+template+27219+word+es&lpa=ic+medical+referral+form+template+27219+word+es&lx=pQhW3PqqrwhJVef8td3gUgBAgeTPLDIL8TQRu558b7w)**PLANTILLA DE FORMULARIO DE REFERENCIA MÉDICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DEVOLVER EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE REFERENCIA COMPLETADO A | |  | REFERIDO POR |  | |  | FORMULARIO DE REFERENCIA MÉDICA | |
| **ATENCIÓN** |  |  | **MD DE REFERENCIA** | |  |  | **TU LOGO** | |
| **TELÉFONO** |  |  | **ESPECIALIDAD** | |  |  |
| **FAX** |  |  | **FIRMA** | |  |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  |  | **TELÉFONO** | |  |  |
| FORMULARIO COMPLETADO POR | |  | **FAX** | |  |  |
| **NOMBRE** |  |  | **CORREO ELECTRÓNICO** | |  |  |
| **TELÉFONO** |  |  | **PCP** si es diferente | |  |  |
| **FECHA** |  |  | **TELÉFONO PCP** | |  |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE | |  | SERVICIO SOLICITADO | | |  | INFORMACIÓN DE SEGUROS | |
| **APELLIDO** |  |  | **MOTIVO DE LA REMISIÓN** | |  |  | **¿SE REQUIERE AUTORIZACIÓN?** | SÍ |
| **NOMBRE** & **M.I.** |  |  |  | NO |
| **FECHA DE NACIMIENTO** |  |  |  | **AUTH. NO.** |  |
| **FEMENINO / MASCULINO** |  |  |  | **NO. de VISITAS** |  |
| **INTÉRPRETE REQ.?** |  |  |  | **FECHA DE AUTORIZACIÓN EXP.** |  |
| **REQUISITO DE IDIOMA.** |  |  |  | PPO | **PLAN DE SEGURO** |
| **NOMBRE DEL GUARDIÁN** |  |  |  | HMO |  |
| *Relación con Pat.* |  |  |  | OTRO |
| **DIRECCIÓN DEL PACIENTE** |  |  | **PACIENTE CONSCIENTE del** motivo de la derivación? De no ser así, sírvase explicarlo. | |  |  | **IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO** |  |
|  |  | **GRUPO MÉDICO** |  |
|  |  | **TELÉFONO** |  |
| **TELÉFONO CELULAR** |  |  | **SERVICIO / ESPECIALIDAD SOLICITADA** | |  |  | **FAX** |  |
| **TELÉFONO RESIDENCIAL** |  |  |  | **NOMBRE DEL TITULAR** |  |
| **TELÉFONO DEL TRABAJO** |  |  | **MÉDICO SOLICITADO** | |  |  | *Relación con Pat.* |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  |  |  | **FECHA DE NACIMIENTO** |  |
| DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA | |  | TIPO DE SERVICIO SOLICITADO | | |  | COMENTARIOS ADICIONALES | |
| **DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA** |  |  |  | | **CONSULTA** |  |  | |
|  |  | | **TRANSFERENCIA DE**  CAREnueva evaluación / gestión de pacientes |  |
|  |  |
| **CIE-9** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **RENUNCIA**  Cualquier artículo, plantilla o información proporcionada por Smartsheet en el sitio web es solo para referencia. Si bien nos esforzamos por mantener la información actualizada y correcta, no hacemos representaciones o garantías de ningún tipo, expresas o implícitas, sobre la integridad, precisión, confiabilidad, idoneidad o disponibilidad con respecto al sitio web o la información, artículos, plantillas o gráficos relacionados contenidos en el sitio web. Por lo tanto, cualquier confianza que deposite en dicha información es estrictamente bajo su propio riesgo. |