**FORMULARIO DE REFERENCIA MÉDICA [](https://es.smartsheet.com/try-it?trp=27948&utm_language=ES&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Medical+Referral+Form-word-27948-es&lpa=ic+Medical+Referral+Form+word+27948+es)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENVÍE EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE REFERENCIA COMPLETADO A** | | | | | | | |
| **ATENCIÓN** |  | | | **FAX** |  | | |
| **TELÉFONO** |  | | | **CORREO ELECTRÓNICO** |  | | |
| **FORMULARIO COMPLETADO POR** | |  | **TELÉFONO** |  | | **FECHA** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **REFERIDO POR** | | | |
| **MÉDICO REFERENTE** |  | **TELÉFONO** |  |
| **ESPECIALIDAD** |  | **FAX** |  |
| **FIRMA DEL MÉDICO** |  | **CORREO ELECTRÓNICO** |  |
| **Médico de cabecera** si es diferente |  | **TELÉFONO DEL MÉDICO DE CABECERA** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL PACIENTE** | | | | |
| **APELLIDO** |  | **NOMBRE E INICIAL** |  | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** |  | **FEMENINO/MASCULINO** |  | |
| **¿SE REQUIERE INTÉRPRETE?** |  | **IDIOMA REQUERIDO** |  | |
| **NOMBRE DEL TUTOR** |  | **RELACIÓN CON EL TUTOR** |  | |
| **DIRECCIÓN DEL PACIENTE** |  | **TELÉFONO CELULAR** |  | |
|  | **TELÉFONO FIJO** |  | |
|  | **TELÉFONO LABORAL** |  | |
|  | **CORREO ELECTRÓNICO** |  | |
| **DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA** |  | | **ICD-9** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SERVICIO SOLICITADO** | | | | | | |
| **MOTIVO DE LA REFERENCIA** |  | | | | | |
| **¿EL PACIENTE CONOCE EL MOTIVO DE LA REFERENCIA? SI NO ES ASÍ, EXPLÍQUELO.** | | | |  | | |
| **ESPECIALIDAD/SERVICIO SOLICITADO** | |  | | **MÉDICO SOLICITADO** | |  |
| **TIPO DE SERVICIO SOLICITADO** | |  | **CONSULTA** |  | **TRANSFERENCIA DE ATENCIÓN** evaluación/gestión de nuevos pacientes | |
| **COMENTARIOS ADICIONALES** |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL SEGURO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿SE REQUIERE AUTORIZACIÓN?** | | | | |  | | | **SÍ** |  | **NO** | **N.º DE AUTORIZACIÓN** | |  | **N.º DE CONSULTAS** | |  | **FECHA DE VENC. DE LA AUTORIZACIÓN** | | |  |
|  | **PPO** |  | **HMO** |  | | | **OTRO** | | **PLAN DE SEGURO** | | |  | | | | | | | | |
| **ID DE SEGURO** | | |  | | | | | | **GRUPO MÉDICO** | | |  | | | | **N.º DE TELÉFONO** | |  | | |
| **NOMBRE DEL TITULAR DEL SEGURO** | | | | | |  | | | | | | **RELACIÓN CON EL PACIENTE** | | |  | | | | **FECHA DE NACIMIENTO** |  |

|  |
| --- |
| **RENUNCIA**  Todos los artículos, las plantillas o la información que proporcione Smartsheet en el sitio web son solo de referencia. Mientras nos esforzamos por mantener la información actualizada y correcta, no hacemos declaraciones ni garantías de ningún tipo, explícitas o implícitas, sobre la integridad, precisión, confiabilidad, idoneidad o disponibilidad con respecto al sitio web o la información, los artículos, las plantillas o los gráficos relacionados que figuran en el sitio web. Por lo tanto, cualquier confianza que usted deposite en dicha información es estrictamente bajo su propio riesgo. |