

患者氏名 :

患者 ID :

## Hoja de remisión médica del paciente

**Hospital:** \_\_\_\_\_

**Doctor/a:** \_\_\_\_\_

		Año	Mes	Día		
<b>Nombre y apellidos</b>		<b>Sexo</b>		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
<b>Fecha de nacimiento</b>	Año    Mes    Día	<b>Edad</b>		años		
<b>Dirección</b>						
<b>Número de teléfono (domiciliario)</b>	<b>Número de teléfono (móvil)</b>					
<b>Ocupación</b>						
<b>Nombre de la lesión o enfermedad</b>						
<b>Motivo de petición de la remisión</b>						
<b>Antecedente médico personal y familiar</b>						
<b>Progreso de la enfermedad actual, resultados de las pruebas médicas y tratamientos recibidos</b>						
<b>Tratamiento actual</b>						
<b>Documentos adjuntos</b>	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sí, los siguientes → <input type="checkbox"/> Radiografía <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> Ecografía <input type="checkbox"/> Endoscopia <input type="checkbox"/> Electrocardiograma <input type="checkbox"/> Análisis de sangre <input type="checkbox"/> Resumen de alta					