



ANEXO Nº 02.1

HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

HOJA DE REFERENCIA

Nº

--	--	--	--	--	--

1. DATOS GENERALES.

Fecha

día	mes	año

Hora

--	--	--	--

Asegurado: SI NO

Tipo:

PLANES DE ATENCIÓN SIS

A	B	C	D	E

Establecimiento de Origen de la Referencia

--

Establecimiento Destino de la Referencia

--

2. IDENTIFICACION DEL USUARIO

CODIGO DE AFILIACION AL SIS	Nº HISTORIA CLINICA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres							
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad Años <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			Meses <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			Días <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
Dirección:	Distrito:	Departamento:							

3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Anamnesis 			
Examen Físico 1º _____ P.A. _____ F.R. _____ F.C. _____ 			
Exámenes Auxiliares _____ 			
Diagnóstico	1) _____	CIE - 10	
	2) _____		
	3) _____		
Tratamiento _____ 			

4. DATOS DE LA REFERENCIA

Coordinación de la Referencia	UPS Destino de la Referencia:	
	Emergencia <input type="checkbox"/>	Consulta Externa <input type="checkbox"/> Apoyo al Diagnóstico (Adjuntar orden) <input type="checkbox"/>
Fecha en que será atendido:		
Hora en que será atendido:		
Nombre de quien lo atender:		
Nombre de quien se coordinó la atención:		
Especialidad de Destino:		
Pediatria..... <input type="checkbox"/> Medicina..... <input type="checkbox"/> Cirugia..... <input type="checkbox"/> Gineco-Obst. <input type="checkbox"/> Lab. <input type="checkbox"/> Dx.Imag. <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		
Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado		
Estable <input type="checkbox"/> Mal Estado <input type="checkbox"/>		

Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que acompaña	Personal que recibe					
Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetriz <input type="checkbox"/> Otros.....	Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetriz <input type="checkbox"/> Otros.....	Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetriz <input type="checkbox"/> Otros.....	Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetriz <input type="checkbox"/> Otros.....					
			Fecha <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Hora <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello					

Coordinaciones del Paciente a la Llegada al Establecimiento Destino de la Referencia		
<input type="checkbox"/> Estable	<input type="checkbox"/> Mal Estado	<input type="checkbox"/> Fallecido



INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA HOJA DE REFERENCIA

1. DATOS GENERALES

- ⇒ **Nº (NUMERO DE REFERENCIA):** Escribir el número correlativo de la hoja de referencia, la referencia Nº 001 corresponde a la primera referencia realizada desde el 1º de Enero y termina con la última realizada hasta el 31 de Diciembre del año en curso.
- ⇒ **FECHA:** Escribir el día, mes y año en el que realiza la referencia.
- ⇒ **HORA:** Escribir la hora exacta en la que se realiza la referencia. Anotarla como la hora real del día., Ejemplo: 14:25 horas y no 02:25 p.m. Evitar las siglas a.m. o p.m.
- ⇒ **ASEGURADO:** Señalar si el usuario es beneficiario de algún tipo de seguro y especificar el tipo de seguro.
- ⇒ **PLANES DE ATENCIÓN SIS:** Sólo si el paciente es beneficiario del Seguro Integral de Salud (SIS) se marcará una X en el cuadro correspondiente al plan de atención del que es beneficiario. En caso de no ser asegurado no se marcará nada en esta sección.
- ⇒ **ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN:** Registra el nombre completo del establecimiento de salud que realiza la referencia.
- ⇒ **ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA REFERENCIA:** Escribir el nombre completo del establecimiento de salud a donde se refiere al usuario o muestra.

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO:

- ⇒ **CODIGO DE AFILIACIÓN AL SIS:** Solo si el paciente es beneficiario del Seguro Integral de Salud (SIS) se registrará su código de atención al SIS. En caso de no ser asegurado no se marcará nada en esta sección.
- ⇒ **Nº DE HISTORIA CLÍNICA:** Anote el número de historia clínica del usuario.
- ⇒ **APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES:** Registre cada apellido y nombre en cada uno de los casilleros diseñados para ello.
- ⇒ **SEXO:** Marque una X en el casillero correspondiente al sexo del usuario, F para femenino y M para masculino.
- ⇒ **EDAD:** Anote la edad en los cuadros correspondientes. Para el caso de los mayores de un año solo basta registrar en los cuadros correspondientes a AÑOS. En caso de los pacientes entre 1 y 11 meses sólo se utilizará los cuadros correspondientes a MESES. En caso de los menores de un mes, se utilizará los cuadros correspondientes a DIAS.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

- ⇒ **ANAMNESIS:** Detallar en forma concisa el inicio, curso y estado actual de la enfermedad motivo de la referencia y los antecedentes del paciente que considere importante.
- ⇒ **EXAMEN FÍSICO:** Detallar en forma concisa los hallazgos del examen físico, especificando los signos vitales.
- ⇒ **EXAMENES AUXILIARES:** Registre en forma concisa y cronológica la fecha, el nombre y el resultado de los exámenes auxiliares que se hayan realizado al usuario. Ejemplo: 23/11/01: Hematocrito = 27%; 24/11/02: Hemoglobina = 8 g./dl.
- ⇒ **DIAGNÓSTICO:** Registre el o los diagnósticos con su respectivo código de la 10^{ma}. Clasificación Internacional de Enfermedades y con una X indique si se trata de un diagnóstico Definitivo, Presuntivo o Repetitivo.
- ⇒ **TRATAMIENTO:** Anote el tratamiento farmacológico, biológico u otro que haya administrado al usuario hasta el momento de la referencia.
- ⇒ **UNIDAD PRODUCTORA DESTINO DE LA REFERENCIA:** Marque una X en el casillero correspondiente a la unidad productora donde irá referido el usuario: Consulta externa, emergencia o apoyo al diagnóstico.
- ⇒ **COORDINACIÓN:** Indicar el nombre de la persona con quien se coordinó la referencia en el establecimiento de destino.
 - ✓ En casos de emergencia registrar la fecha y la hora de la coordinación
 - ✓ En casos de consulta ambulatoria y apoyo al diagnóstico registrar la fecha, hora y el nombre de la persona que brindará la atención en el establecimiento destino.
- ⇒ **ESPECIALIDAD DESTINO DE LA REFERENCIA:** Marque una X en el casillero correspondiente a la especialidad donde irá referido el usuario: Pediatría, Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Laboratorio, Imágenes, Otros. Registrar en cada caso la especialidad o sub especialidad respectiva. En el rubro otros, considerar las especialidades no médicas: psicología, nutrición, odontología, etc.
- ⇒ **CONDICIONES DEL PACIENTE AL INICIO DEL TRASLADO:** Marque una X en el casillero correspondiente a las condiciones de salud del paciente en el momento de la referencia:



- ⇒ **RESPONSABLE DE LA REFERENCIA:** El personal que refiere al usuario anotará su nombre, N° de Colegiatura (sí es profesional). Además, marcará con una X en el casillero correspondiente a su Profesión; en Otro anotará el nombre de su profesión o si es Técnico o Auxiliar de Enfermería. Por último sellará y firmará la referencia.
- ⇒ **PERSONAL QUE ACOMPAÑA:** El personal que acompaña al usuario (en caso de justificarse que acompañe al usuario) anotará su nombre, N° de Colegiatura (si es profesional). Además, marcará con una X en el casillero correspondiente a su Profesión; en Otro anotará el nombre de su profesión o si es Técnico o Auxiliar de Enfermería. Por último pondrá su sello y firmará la referencia.
- ⇒ **PERSONAL QUE RECIBE:** El personal que recibe al usuario referido anotará su nombre, N° de Colegiatura, marcará con una X en el casillero correspondiente a su Profesión, en Otro anotará el nombre de su profesión. Por último anotará la fecha y hora en que recibió la referencia, luego sellará y firmará la referencia en señal de conformidad de la recepción.
- ⇒ **CONDICIONES DEL PACIENTE A LA LLEGADA:** Marcar con una X las condiciones de salud del paciente a la llegada al establecimiento de destino: Estable, Mal Estado o Fallecido.



INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA HOJA DE CONTRARREFERENCIA

1. DATOS GENERALES

- ⇒ **Nº (NUMERO DE CONTRARREFERENCIA):** Escribir el número correlativo de la hoja de contrarreferencia, la contrarreferencia Nº 001 corresponde a la primera contrarreferencia realizada desde el 1º de Enero y termina con la última realizada hasta el 31 de Diciembre del año en curso.
- ⇒ **FECHA:** Escribir el día, mes y año en el que realiza la contrarreferencia.
- ⇒ **HORA:** Escribir la hora exacta en la que se realiza la contrarreferencia. Anotarla como la hora real del día., Ejemplo: 14:25 horas y no 02:25 p.m. Evitar las siglas a.m. o p.m.
- ⇒ **ASEGURADO:** Señalar si el usuario es beneficiario de algún tipo de seguro y especificar el tipo de seguro.
- ⇒ **PLANES DE ATENCIÓN SIS:** Sólo si el paciente es beneficiario del Seguro Integral de Salud (SIS) se marcará una X en el cuadro correspondiente al plan de atención del que es beneficiario. En caso de no ser asegurado no se marcará nada en esta sección.
- ⇒ **ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN DE LA CONTRARREFERENCIA:** Escribir el nombre completo del establecimiento de salud que realiza la contrarreferencia.
- ⇒ **ESTABLECIMIENTO DESTINO DE LA CONTRARREFERENCIA:** Registrar el nombre completo del establecimiento de salud a donde será referido el usuario.

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO:

- ⇒ **CODIGO DE AFILIACIÓN AL SIS:** Solo si el paciente es beneficiario del Seguro Integral de Salud (SIS) se registrará su código de atención al SIS. En caso de no ser asegurado no se marcará nada en esta sección.
- ⇒ **Nº DE HISTORIA CLÍNICA:** Anote el número de historia clínica del usuario.
- ⇒ **APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES:** Registre cada apellido y nombre en cada uno de los casilleros diseñados para ello.
- ⇒ **SEXO:** Marque una X en el casillero correspondiente al sexo del usuario, F para femenino y M para masculino.
- ⇒ **EDAD:** Anote la edad en los cuadros correspondientes. Para el caso de los mayores de un año solo basta registrar en los cuadros correspondientes a AÑOS. En caso de los pacientes entre 1 y 11 meses sólo se utilizará los cuadros correspondientes a MESES. En caso de los menores de un mes, se utilizará los cuadros correspondientes a DIAS.
- ⇒ **PROCEDENCIA:** Anote el distrito de procedencia y la Dirección del usuario.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

- ⇒ **FECHA DE INGRESO:** Anote el día, mes y año en que ingresó el usuario al establecimiento en condición de referido.
- ⇒ **FECHA DE EGRESO:** Anote el día, mes y año en que egresó el usuario del establecimiento que realiza la contrarreferencia.
- ⇒ **DIAGNÓSTICO DE INGRESO:** Anote el o los diagnósticos con que el usuario llegó al establecimiento de salud.
- ⇒ **DIAGNÓSTICO DE EGRESO:** Registre el o los diagnósticos de egreso del usuario, a los que llegó como conclusión el establecimiento que atendió al usuario referido, con su respectivo código de la 10^{ma}. Clasificación Internacional de Enfermedades y con una X indique si se trata de un diagnóstico Definitivo, Presuntivo o Repetitivo.
- ⇒ **TRATAMIENTO REALIZADO:** Anote el manejo y/o tratamiento farmacológico, biológico y otros que se hayan administrado al usuario, así como los procedimientos realizados hasta el momento de la contrarreferencia. Se debe adjuntar los informes y resultados de éstos procedimientos.
- ⇒ **ORIGEN DE REFERENCIA:** Marque una X en el casillero correspondiente al Origen de la Referencia: De la Comunidad. De un establecimiento de salud, autodirigirse (autorreferencia).
- ⇒ **CALIFICACIÓN DE LA REFERENCIA:** El personal que refiere al paciente y que realiza la contrarreferencia realiza la calificación preliminar de la referencia: **Justificada o No Justificada**, de acuerdo a lo establecido en la norma técnica.
- ⇒ **UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPS) QUE ORDENA LA CONTRARREFERENCIA:** El personal que realiza el llenado marcará con una X en la Unidad Productora de Servicios que ordena la contrarreferencia del usuario: Consulta Externa, Emergencia, Apoyo al Diagnóstico u Hospitalización.
- ⇒ **ESPECIALIDAD QUE ORDENA DE LA REFERENCIA:** Marque una X en el casillero correspondiente a la especialidad que ordena la contrarreferencia del usuario: Pediatría, Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Laboratorio, Imágenes, Otros. Registrar en cada caso la especialidad o sub especialidad respectiva. En el rubro otros, considerar las especialidades no médicas: psicología, nutrición, odontología, etc.



- ⇒ **RECOMENACIONES E INDICACIONES PARA EL SEGUIMIENTO:** Anotar en forma clara y precisa las recomendaciones e indicaciones, que deberá seguir el personal de salud del establecimiento de origen, para su control y seguimiento.
- ⇒ **CONDICIÓN DEL USUARIO CONTRARREFERIDO:** Marque una X en el casillero correspondiente a las condiciones del usuario en el momento de la contrarreferencia: Curado, Mejorado en Tratamiento, Atendido por Apoyo al Diagnóstico, Deserción, Retiro Voluntario o Fallecido.
- ⇒ **RESPONSABLE DE LA CONTRARREFERENCIA:** El personal de salud (médico, otro profesional de salud o técnico) que atiende y contrarrefiere al usuario anotará su nombre, N° de Colegiatura y por último pondrá su sello y firmará la contrarreferencia.