



**Centro de Excelencia Medica en Altura
Servicios Médicos**

Formato de Referencia y contrarreferencia (ACC.4)

Urgencia: Si _____ No _____ Fecha _____/_____/_____
Hora _____:_____

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Sexo

Domicilio Particular	Calle	Colonia	Numero
Código Postal	Entidad	País	Numero de Expediente

Unidad que Refiere:	Centro de Excelencia Medica en Altura		
Domicilio Particular	Calle	Colonia	Numero
	LIBRAMIENTO CIRCUITO DE LA CONCEPCION Km2	LA CONCEPCION	S/N
Código Postal	Población	Entidad federativa	País
42160	SAN AGUSTIN TLAXIACA	HIDALGO	MEXICO

Unidad a la que se Refiere:			
Domicilio Particular	Calle	Colonia	Numero
Código Postal	Población	Entidad federativa	País
Servicio al Que se Envía:			

Motivo de la Referencia (Resumen Medico)							
T/A	FC	FR	TEM				

Impresión Diagnostica:	

Sello CEMA		Sello Unidad que recibe	
Nombre y Firma del Jefe de Turno	Nombre y Firma del Medico Tratante	Nombre y Firma del Medico Acepta Referencia	