



Caja Costarricense de Seguro Social

| 1. Riesgo excluido | 2. Criterio de priorización | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Accidente | Cons. Externa | Urgencias |
| <input type="radio"/> Laboral | <input type="radio"/> Urgente | <input type="radio"/> Rojo |
| <input type="radio"/> Taurino | <input type="radio"/> A cupo | <input type="radio"/> Amarillo |
| <input type="radio"/> Tránsito | | <input type="radio"/> Verde |

3. REFERENCIA CONTRA-REFERENCIA

I. Paciente

| | | | |
|---|--|--|--|
| 4. Nombre | | 5. Fecha de nacimiento | |
| 6. Sexo <input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Femenino | | 7. Tipo de identificación <input type="radio"/> 1. Cédula identidad Reg. Civil <input type="radio"/> 2. Identificación temporal interno <input type="radio"/> 3. Extranjero con identificación CCSS | |
| 8. Número de identificación | | 9. Tipo de consulta <input type="radio"/> 1. Consulta presencial <input type="radio"/> 2. Teleconsulta | |
| 10. Residencia habitual: (Provincia) (Cantón) | | (Distrito) | |
| 11. Dirección exacta: | | | |
| 12. Número de teléfono del paciente | | 13. Número de teléfono para mensajes y nombre de la persona con quien dejarlo | |
| 14. Nombre de la madre | | 15. Nombre del padre | |

II. Centro que refiere o contra-refiere

| | | | |
|---|------------|---|--|
| 16. Nombre del centro | | 17. Área de atención <input type="radio"/> 1. Consulta Externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización | |
| 18. Servicio <input type="radio"/> 1. Medicina <input type="radio"/> 2. Cirugía <input type="radio"/> 3. Gineco-Obstetricia <input type="radio"/> 4. Pediatría <input type="radio"/> 7. Psiquitría <input type="radio"/> 8. Otro | | 19. Especialidad o disciplina | |
| 20. Nombre del profesional | 21. Código | 22. Número de teléfono y extensión del profesional | |

III. Centro al que se refiere o contra-refiere

| | | | |
|---|--|---|--|
| 23. Nombre del centro | | 24. Área de atención <input type="radio"/> 1. Consulta Externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización | |
| 25. Servicio <input type="radio"/> 1. Medicina <input type="radio"/> 2. Cirugía <input type="radio"/> 3. Gineco-Obstetricia <input type="radio"/> 4. Pediatría <input type="radio"/> 7. Psiquitría <input type="radio"/> 8. Otro | | 26. Especialidad o disciplina | |
| 27. Nombre funcionario de REDES responsable de completar el formulario | | | |

IV. Cita

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| 28. Cita recomendada Hora: _____ Día: _____ | | 28.1 Justificación <input type="radio"/> 1. Laboral <input type="radio"/> 2. Residencia <input type="radio"/> 3. Institucional <input type="radio"/> 4. Salud <input type="radio"/> 5. Transporte <input type="radio"/> 6. Otra | | 29. Cita otorgada Hora: _____ Fecha: _____ | |
| 30. Especialidad | | 31. Nombre funcionario de REDES que asignó la cita | | 32. Fecha de trámite | |

Cód. 4-70-04-0140

V. Resumen de historia clínica

| | | |
|------------------|--|--|
| 33. Antecedentes | Problemas activos del paciente | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | Subjetivos (incluye resumen de historia clínica asociada al problema) | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | Objetivos (Incluye examen físico, resultados de laboratorio, apoyo al diagnóstico) | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | Análisis (incluye proceso diagnóstico e impresión diagnóstica) | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | Plan de manejo (incluye tratamiento) | |
| | | |
| | | |
| | Motivo de referencia o contra-referencia | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|--|---|
| 34. Incapacidad desde _____ hasta _____ Número de días _____ | 35. Alta ² <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
|--|---|

²Se considera alta en la especialidad, para los efectos estadísticos: la decisión facultativa del profesional en dar por resuelto el o los problemas tratados durante el episodio de atención finalizado.

Firma y código del profesional

Fecha

V°B° del Director o Jefatura de Servicio