



• Programa para rehabilitación de pacientes con Linfedema •

# Formato para la referencia de pacientes hacia Fundación Guatemalteca para Linfedema “ManosAmigas”

Fecha: .....

**A. Hospital o Centro de Salud que hace la referencia (Sello oficial del servicio)**

Nombre del Hospital o Centro de Salud .....

Unidad o Departamento .....

Número(s) de teléfono(s) .....

**B. Información del Paciente**

Nombre completo .....

Edad ..... años

Sexo  M  F

Número de DPI .....

Número de CUI en caso de menores de edad .....

Nombre del responsable o encargado .....

Número del registro en el Hospital o Centro de Salud de referencia .....

**C. Diagnóstico para la referencia**

Diagnósticos

1. ....

2. ....

Resultados de los principales hallazgos clínicos y de estudios efectuados que sustentan el diagnóstico:

.....

.....

.....

**D. Médico y Cirujano autorizado:**

Nombre y firma .....

Colegiado No. ....

Sello profesional .....

**E. Jefe de servicio:**

Nombre y firma .....

Colegiado No. ....

Sello profesional .....

.....  
Sello del servicio

**NOTA IMPORTANTE:** Debido a que la Fundación debe programar tiempos para la atención de los pacientes, es muy importante informar al paciente sobre el requisito ineludible de hacer una cita con anticipación al teléfono (502) 2219 3585 o (502) 4214 0442.