



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

FI-DA-11 / 12142021

HOJA DE REFERENCIA PARA TRASLADO

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	
-------	-----	-----	-----	------	--

NOMBRE DEL NIÑO(A)	EDAD	SALA
--------------------	------	------

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE O EVENTUALIDAD

TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO

HOSPITAL A DONDE SE TRASLADARÁ AL NIÑO(A)

MÉDICO QUE BRINDÓ LA ASISTENCIA MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA

VO.BO. JEFA O JEFE DE LA SECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS

NOMBRE Y FIRMA

MADRE, PADRE, TUTOR O PERSONA AUTORIZADA

NOMBRE Y FIRMA

T1 SERVICIO MÉDICO
T2 PEDAGOGÍA
T3 AMBULANCIA
T4 MADRE, PADRE O TUTOR DEL NIÑO(A)