



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

FI-DA-12 / 12142021

HOJA DE REFERENCIA

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

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

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE O EVENTUALIDAD

TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO

SE RESOLVIÓ EL PROBLEMA NECESITA ATENCIÓN ESPECIALIZADA, SUGIERO ACUDIR A LA BREVEDAD POSIBLE CON SU PEDIATRA

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

NOMBRE Y FIRMA

MÉDICO QUE BRINDÓ LA ASISTENCIA MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA

MADRE, PADRE, TUTOR O PERSONA AUTORIZADA

NOMBRE Y FIRMA

T1 SERVICIO MÉDICO

T2 MADRE, PADRE O TUTOR DEL NIÑO(A)



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

FI-DA-12 / 12142021

HOJA DE REFERENCIA

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

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

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE O EVENTUALIDAD

TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO

SE RESOLVIÓ EL PROBLEMA NECESITA ATENCIÓN ESPECIALIZADA, SUGIERO ACUDIR A LA BREVEDAD POSIBLE CON SU PEDIATRA

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

NOMBRE Y FIRMA

MÉDICO QUE BRINDÓ LA ASISTENCIA MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA

MADRE, PADRE, TUTOR O PERSONA AUTORIZADA

NOMBRE Y FIRMA

T1 SERVICIO MÉDICO

T2 MADRE, PADRE O TUTOR DEL NIÑO(A)