



# Formulario de referencia

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ casa: \_\_\_\_\_ móvil: \_\_\_\_\_

Preferencia de idioma:  inglés  español  otro \_\_\_\_\_

Médico que refiere: \_\_\_\_\_

¿Cómo prefiere ser contactado?  correo  teléfono  correo electrónico

Numero de teléfono del médico: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_

Notas/información adicional: \_\_\_\_\_

**Razón de la referencia:**  
*(Por favor márquelos con un círculo)*

Diagnósticos del paciente: \_\_\_\_\_

**Centro de Hematología y Oncología**

**Centro de Neurociencias**  
(Neurología, Neurocirugía)

**Endocrinología**

**Centro del Corazón**  
(Cardiología, Cirugía cardiotorácica)

**Cirugía Craniofacial y Cleft**

Otro:

Centro de Oído, Nariz y Garganta

Gastroenterología y Nutrición

Centro de Genética  
(Genética Clínica, Genética Metabólica)

Enfermedades Infecciosas

Unidad de cuidado intensivo neonatal

Nefrología y Diálisis

Ortopedia

Manejo del Dolor

Unidad de cuidado intensivo pediátrico

Cirugía Pediátrica

Neumología

Imágenes de Radiología

Rehabilitación

Reumatología

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Por favor, mande por fax o escanee este formulario a [international@cookchildrens.org](mailto:international@cookchildrens.org).

Si tiene preguntas, hablele a la Asesora Internacional Cynthia Gonzalez al

01-682-885-3260 o 01-817-897-1794.