



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.

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

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