

NOTA DE TRANSFERENCIA

Nombre de la clínica: _____

Nombre de la paciente: _____

Dirección de la paciente: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Fecha de tratamiento: _____

Tratamiento Temporal: _____

Referida/o a: _____

Envoyé à: _____

Para: _____

Signos vitales

<i>Contacto Inicial</i>	<i>Antes de dar de alta</i>
Temperatura:	Temperatura:
Presión:	Presión:
Pulso:	Pulso:
Respiración:	Respiración:

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Firma: _____

Doctor: _____

Adaptado de la Asociación para la Salud Reproductiva de Camboya (RHAC)

NOTA DE TRANSFERENCIA

Nombre de la clínica: _____

Nombre de la paciente: _____

Dirección de la paciente: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Fecha de tratamiento: _____

Tratamiento Temporal: _____

Referida/o a: _____

Envoyé à: _____

Para: _____

Signos vitales

<i>Contacto Inicial</i>	<i>Antes de dar de alta</i>
Temperatura:	Temperatura:
Presión:	Presión:
Pulso:	Pulso:
Respiración:	Respiración:

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Firma: _____

Doctor: _____

Adaptado de la Asociación para la Salud Reproductiva de Camboya (RHAC)