



**FORMULARIO DE REFERIDO AL MÉDICO**

Nombre del Niño(a) y Apellidos                      Nombre Director Centro/Red/Proveedor                      Región

Se refiere el niño (a) al médico porque:

1. Se observa lo siguiente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Se necesita:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Director/Centro/ Red/Proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha: día/mes/año

Recibido por: \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_

Fecha/ día/mes/año

**Para ser completado por el médico:**

De acuerdo a evaluación médica, el niño(a) debe permanecer en el hogar con tratamiento hasta:

\_\_\_\_\_  
Fecha de regreso al centro: día/ mes/ año

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Núm. licencia

