



Caja Costarricense de Seguro Social

1. Riesgo excluido	2. Criterio de priorización	
Accidente	Cons. Externa	Urgencias
☐ Laboral	☐ Urgente	☐ Rojo
☐ Taurino	☐ A cupo	☐ Amarillo
☐ Tránsito		☐ Verde

3. ☐ REFERENCIA ☐ CONTRA-REFERENCIA

I. Paciente

4. Nombre		5. Fecha de nacimiento	
6. Sexo ☐ 1. Masculino ☐ 2. Femenino		7. Tipo de identificación ☐ 1. Cédula identidad Reg. Civil ☐ 2. Identificación temporal interno ☐ 3. Extranjero con identificación CCSS	
8. Número de identificación		9. Tipo de consulta ☐ 1. Consulta presencial ☐ 2. Teleconsulta	
10. Residencia habitual: (Provincia) (Cantón)		(Distrito)	
11. Dirección exacta:			
12. Número de teléfono del paciente		13. Número de teléfono para mensajes y nombre de la persona con quien dejarlo	
14. Nombre de la madre		15. Nombre del padre	

II. Centro que refiere o contra-refiere

16. Nombre del centro		17. Área de atención ☐ 1. Consulta Externa ☐ 2. Urgencias ☐ 3. Hospitalización	
18. Servicio ☐ 1. Medicina ☐ 2. Cirugía ☐ 3. Gineco-Obstetricia ☐ 4. Pediatría ☐ 7. Psiquiatría ☐ 8. Otro		19. Especialidad o disciplina	
20. Nombre del profesional	21. Código	22. Número de teléfono y extensión del profesional	

III. Centro al que se refiere o contra-refiere

23. Nombre del centro		24. Área de atención ☐ 1. Consulta Externa ☐ 2. Urgencias ☐ 3. Hospitalización	
25. Servicio ☐ 1. Medicina ☐ 2. Cirugía ☐ 3. Gineco-Obstetricia ☐ 4. Pediatría ☐ 7. Psiquiatría ☐ 8. Otro		26. Especialidad o disciplina	
27. Nombre funcionario de REDES responsable de completar el formulario			

IV. Cita

28. Cita recomendada Hora: _____ Día: _____		28.1 Justificación ☐ 1. Laboral ☐ 2. Residencia ☐ 3. Institucional ☐ 4. Salud ☐ 5. Transporte ☐ 6. Otra		29. Cita otorgada Hora: _____ Fecha: _____	
30. Especialidad		31. Nombre funcionario de REDES que asignó la cita		32. Fecha de trámite	

Cód. 4-70-04-0140

V. Resumen de historia clínica

33. Antecedentes	Problemas activos del paciente	
	Subjetivos (incluye resumen de historia clínica asociada al problema)	
	Objetivos (Incluye examen físico, resultados de laboratorio, apoyo al diagnóstico)	
	Análisis (incluye proceso diagnóstico e impresión diagnóstica)	
	Plan de manejo (incluye tratamiento)	
	Motivo de referencia o contra-referencia	
34. Incapacidad desde _____ hasta _____ Número de días _____		35. Alta ² ☐ SI ☐ NO

²Se considera alta en la especialidad, para los efectos estadísticos: la decisión facultativa del profesional en dar por resuelto el o los problemas tratados durante el episodio de atención finalizado.

Firma y código del profesional

Fecha

V°B° del Director o Jefatura de Servicio