

AUTORIZACIÓN, SOLICITUD Y REGISTRO DE
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA



Paciente: _____ Fecha: _____ | _____ | _____

Edad: _____ Sexo: _____ Enf. Asociada: _____ Riesgo QX_ASA: _____

Autorizo a la Dra. Silvia González Arias para que efectue las intervenciones quirúrgicas que sean necesarias para el alivio o curación de mi padecimiento, en la inteligencia de que no desconozco los riesgos a que quedo sujeto por el procedimiento quirúrgico y anestésico.

Firma Paciente

Firma de Persona Legalmente Responsable

SOLICITUD DE OPERACIÓN

Diagnóstico preoperatorio: _____

Operación proyectada: _____

Antibiótico profiláctico: Si ☐ No ☐ Hora de inicio: _____ Terapéutico: Si ☐ No ☐ Hora de inicio: _____

Electiva ☐ Urgencia ☐ Reoperación ☐

Cirujano: _____

Sangre: Tipo _____ Grupo: _____ En Quirófano: _____ En Reserva: _____

Anestesia sugerida: Local ☐ Regional ☐ General ☐

PROGRAMACIÓN DEL QUIRÓFANO

Día: _____ Hora: _____ Sala: _____

REGISTRO DE OPERACIÓN

Diagnóstico preoperatorio: _____

Operación efectuada: _____

Exámen histopatológico transoperatorio solicitado e informe: _____

Clasificación de herida: Limpia ☐ Limpia con implante ☐ Limpia contaminada ☐ Contaminada ☐ Sucia ☐

Anestesia administrada: _____ Anestesiólogo: _____

Cuenta de gasas y canalizaciones realizada por: _____

Cirujano: _____