

**PASAPORTE PERIOPERATORIO**

NOMBRE _____

RUT _____

N° FICHA _____

EDAD _____

PREVISIÓN _____

FECHA INDICACIÓN CIRUGÍA _____

CIRUJANO _____

EXPLICATIVO PROCEDIMIENTO FIRMADO PACIENTE SI

☐

NO

☐

CONSENTIMIENTO INFORMADO SI

☐

NO

☐

FIRMA CONSENTIMIENTO MÉDICO SI

☐

NO

☐

FIRMA MÉDICO _____

FIRMA CONSENTIMIENTO PACIENTE SI

☐

NO

☐**ENTREVISTA PRE-ADMISIÓN CLÍNICA**

FECHA _____

DERIVACIÓN CIRUJANO SI

☐

NO

☐

FECHA DERIVACIÓN _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO SI

☐

NO

☐

HOJA INGRESO (CLASIF. RIESGO ETE) SI

☐

NO

☐

CATEGORIZACIÓN DE RIESGO Y PREVENCIÓN ETE SI

☐

NO

☐

EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS SI

☐

NO

☐

NOMBRE ENFERMERA(O) _____

PRE ADMISIÓN ADMINISTRATIVA SI

☐

NO

☐**ADMISIÓN**

FECHA _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO SI

☐

NO

☐

HOJA INGRESO (CLASIF. RIESGO ETE) SI

☐

NO

☐

EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS SI

☐

NO

☐

NOMBRE ADMISIONISTA _____

CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACIÓN SI

☐

NO

☐**HOSPITALIZACIÓN**

FECHA _____

CHECK LIST PRE OPERATORIO SI

☐

NO

☐

NOMBRE ENFERMERA(O)/ MATRONA _____

EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICA

ANESTESIOLOGO _____

FECHA _____

EXPLICATIVO ANESTESIA FIRMADO SI

☐

NO

☐

FIRMA CONSENTIMIENTO MÉDICO SI

☐

NO

☐

FIRMA CONSENTIMIENTO PACIENTE SI

☐

NO

☐

FIRMA MÉDICO _____

EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICA SI

☐

NO

☐**HOSPITALIZACIÓN**

FECHA _____

CHECK LIST POST OPERATORIO SI

☐

NO

☐

NOMBRE ENFERMERA(O)/ MATRONA _____

ALTA PACIENTE

FECHA _____

HOJA DE ALTA SI

☐

NO

☐

PROTOCOLO OPERATORIO SI

☐

NO

☐

NOMBRE ENFERMERA(O)/ MATRONA _____