

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DÍA MES AÑO

Cirujano: \_\_\_\_\_ No. Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Ayudantes: \_\_\_\_\_ Instrumentadora: \_\_\_\_\_

Anestesia: \_\_\_\_\_ Anestesiólogo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Preoperatorio: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Postoperatorio: \_\_\_\_\_

Tejidos enviados a patología: \_\_\_\_\_

Nombre de la intervención: \_\_\_\_\_

Tipo de Cirugía: Limpia: ☐ Limpia / contaminada: ☐ Contaminada: ☐ Sucia: ☐

Hallazgos Quirúrgicos \_\_\_\_\_

Tiempo Quirúrgico: \_\_\_\_\_ Sangrado Estimado: \_\_\_\_\_

Procedimiento:

Complicaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_