

Nombre del Paciente:			Edad:		
Identificación			Teléfonos:		
Procedimiento				Cirujano:	
Fecha del Procedimiento: DIA (                      ) MES(        ) AÑO(        )				Bloqueo / DR.	

PRIMERA LLAMADA	
____ / ____ / ____	
*DOLOR S/ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR	
_____	
SANGRADO: SI ____ NO ____	
*MEDICAMENTOS	
ANTICOAGULANTE SI ____ NO ____	
CUÁL? _____	
ANTIBIÓTICO SI ____ NO ____ NA ____	
CUÁL? _____	
ANALGÉSICO SI ____ NO ____ NA ____	
CUÁL? _____	
_____	
*MEDIAS ANTIEMBÓLICAS	
SI ____ NO ____ NA ____	
*OTROS SÍNTOMAS SI ____ NO ____	
CUÁL? _____	
*ACTIVIDAD FÍSICA: DEAMBULA	
CON APOYO SI ____ NO ____ NA ____	
SIN APOYO SI ____ NO ____ NA ____	
*SENSIBILIDAD X BLOQUEO:	
PARCIAL SI ____ NO ____ NA ____	
TOTAL SI ____ NO ____ NA ____	
*FUERZA: PARCIAL SI ____ NO ____ NA ____	
TOTAL SI ____ NO ____ NA ____	
*FECHA DE CONTROL:	
DIA(    ) MES(    ) AÑO(    )	
OBSERVACIONES:	
INFO DADA POR:	
AUXILIAR:	

SEGUNDA LLAMADA	
____ / ____ / ____	
*DOLOR S/ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR	
_____	
SANGRADO: SI ____ NO ____	
*MEDICAMENTOS	
ANTICOAGULANTE SI ____ NO ____	
FRECUENCIA? _____	
ANTIBIÓTICO SI ____ NO ____ NA ____	
FRECUENCIA? _____	
*MEDIAS ANTIEMBÓLICAS	
SI ____ NO ____ NA ____	
*SIGNOS DE INFECCIÓN:	
CALOR SI ____ NO ____ RUBOR SI ____ NO ____	
INFLAMACIÓN SI ____ NO ____	
SECRECIÓN SI ____ NO ____	
TIPO DE SECRECIÓN _____	
*OTROS SÍNTOMAS SI ____ NO ____	
CUÁL? _____	
*ACTIVIDAD FÍSICA: DEAMBULA	
CON APOYO SI ____ NO ____ NA ____	
SIN APOYO SI ____ NO ____ NA ____	
*SENSIBILIDAD X BLOQUEO:	
PARCIAL SI ____ NO ____ NA ____	
TOTAL SI ____ NO ____ NA ____	
*FUERZA: PARCIAL SI ____ NO ____ NA ____	
TOTAL SI ____ NO ____ NA ____	
*FECHA DE CONTROL:	
DIA(    ) MES(    ) AÑO(    )	
OBSERVACIONES:	
INFO DADA POR:	
AUXILIAR:	

TERCERA LLAMADA	
____ / ____ / ____	
<b>*SIGNOS DE INFECCIÓN:</b> <b>CALOR</b> SI_ NO_ <b>RUBOR</b> SI_ NO_ <b>INFLAMACIÓN</b> SI_ NO_ <b>SECRECIÓN</b> SI_ NO_ <b>TIPO DE SECRECIÓN</b> _____	
<b>*OTROS SÍNTOMAS</b> SI_ NO_ CUÁL? _____	
<b>ACTIVIDAD FÍSICA:</b> DEAMBULA CON APOYO SI_ NO_ NA_ SIN APOYO SI_ NO_ NA_	
<b>*FINALIZO CONTROLES:</b> SI_ NO_ NA_ TERAPIAS SI_ NO_ NA_	
<b>*FECHA DE CONTROL</b> DIA (    ) MES (    ) AÑO (    )	
<b>OBSERVACIONES:</b>	
<b>INFO DADA POR:</b>	
<b>AUXILIAR:</b>	

