Solicitud, Registro y Autorizacion de Intervencion Quirurgica

Nuevo Hospital General de Queretaro

Autorizacion del Paciente:

Autorizo a los medicos de la presente unidad medica a cargo de los servicios de salud del estado de queretaro, para que efectuen los tratamientos e intervenciones quirurgicas necesarias para el alivio y/o curacion de mi padecimento, en inteligencia de que conozco los beneficios, riesgos y posibles complicaciones a los que estoy sujeto (a) por medio del procedimiento quirurgico y anestesico a cual sere sometido(a)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente o representante legal Firma de paciente o representante legal

Folio de Solicitud: {folio}

Fecha de recibo de Solicitud: {fecha\_solicitud}

Teléfono de contacto: {tel\_contacto}

No. De Expediente: {no\_expediente}

CURP: {curp}

Fecha de nacimiento: {fecha\_nacimiento}

Nombre paciente: {ap\_paterno} {ap\_materno}{nombre\_paciente}

Sexo: {sexo}

Edad: {edad}

Clave: {clave\_esp}

Especialidad: {nombre\_especialidad}

Sala solicitada: Sala {sala\_quirofano}

Tipo de intervención: {tipo\_intervencion} Procedencia del paciente: {tipo\_admision} {cama}

Cirujano responsable: {nombre\_cirujano}

Fecha solicitada: {fecha\_solicitada} Hora solicitada: {hora\_solicitada} Turno solicitado: {turno\_solicitado}

Tiempo estimado (minutos): {tiempo\_estimado}

Procedimiento CI-E 9: {procedimientos\_paciente}

Procedimientos adicionales planeados: {procedimientos\_extra} Requiere insumos: {req\_insumo}

Diagnóstico y procedimientos a realizar: {diagnostico}