Solicitud, Registro y Autorización de Intervención Quirúrgica

Nuevo Hospital General de Querétaro

Autorización del Paciente:

Autorizo a los médicos de la presente unidad médica a cargo de los servicios de salud del estado de Querétaro, para que efectúen los tratamientos e intervenciones quirúrgicas necesarias para el alivio y/o curación de mi padecimiento, en inteligencia de que conozco los beneficios, riesgos y posibles complicaciones a los que estoy sujeto (a) por medio del procedimiento quirúrgico y anestésico a cual seré sometido(a).

{ap\_paterno} {ap\_materno} {nombre\_paciente}

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

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

**DATOS DEL PACIENTE**

Teléfono de contacto: {tel\_contacto}

No. De Expediente: {no\_expediente}

Fecha de recibo de Solicitud: {fecha\_solicitud}

Folio de Solicitud: {folio}

CURP: {curp}

Fecha de nacimiento: {fecha\_nacimiento}

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

Edad: {edad}

Sexo: {sexo}

Sala solicitada: Sala {sala\_quirofano}

Procedencia del paciente: {tipo\_admision}

Cama: {cama}

**PROCEDIMIENTO A REALIZAR**

Turno solicitado: {turno\_solicitado}

Hora solicitada: {hora\_solicitada}

Fecha solicitada: {fecha\_solicitada}

Cirujano responsable: DR(A). {nombre\_cirujano}

Tipo de intervención: {tipo\_intervencion}

Clave: {clave\_esp}

Especialidad: {nombre\_especialidad}

Tiempo estimado en minutos: {tiempo\_estimado} minutos

Requiere insumos: {req\_insumo}

Procedimiento CI-E 9: {procedimientos\_paciente}

Procedimientos adicionales planeados: {procedimientos\_extra}

Diagnóstico y procedimientos a realizar: {diagnostico}