

# ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN

## ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Fecha de Orden:	01/02/2023		
Nombre Paciente:	Manuel Riquelme	Edad:	66
RUT Paciente:	7648259-4	Previsión:	Particular: <input type="checkbox"/> Fonasa: <input checked="" type="checkbox"/> Isapre: <input type="checkbox"/> Cual?:
Correo Electrónico:	Teléfono:		
Cirugía Paquetizada:	NO: <input checked="" type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>	Paciente GES:	NO: <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>

## IDENTIFICACIÓN PROCEDIMIENTO

DIAGNÓSTICO	Heria por objeto COLS 14		
CIRUGÍA	Herida por objeto colaps bilater		
Código 1	1802001	Código 3	1502013
Código 2	1802001	Código 4	1502013
Fecha Propuesta de Cirugía		Hora Propuesta de Cirugía	

### Técnica Quirúrgica

Convencional	
Laparoscópica	
Otra: Especifique	

### Tipo Hospitalización

Ambulatoria	3 ds	
Hospitalización (días)		
UPC	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	días:
Especifique:		

Evaluación Pre anestésica NO ☐ SI ☐

### HEMODERIVADOS

NO	
SI (detalle)	

### BIOPSIA

NO	
SI (Especificar)	
Rápida <input type="checkbox"/> Diferida <input type="checkbox"/>	

### OTROS

Paciente con aislamiento	NO	SI
Alergia al látex u otros		
Usuario de anticoagulante o Aspirina		
Especifique:		

REQUERIMIENTOS ESPECIALES (Especificar cada uno y su proveedor si corresponde):

NO: ☐ SI: ☒

1.	Medicamento B1130 x 30	
2.		
3.		
4.		
5.		
Otras Observaciones:	Necesito Botox 200 u.i. pre quirúrgico en pared abdominal	

## IDENTIFICACIÓN CIRUJANO

Nombre Cirujano:	Manuel Riquelme	RUT:	1471346-1
Correo electrónico:		Teléfono:	

### ID RESERVA

(Uso exclusivo agenda)
------------------------

Firma y Timbre