

## COTIZACIÓN CIRUGÍA POR CIFOESCOLIOSIS 2DO PRESTADOR

FECHA COTIZ.	04/12/23
NOMBRE	BAÑADOS PRADENA PAZ
RUT / ID /PASAPORTE	23.366.785-4
EDAD	13 AÑOS
DIAGNÓSTICO	ESCOLIOSIS NEUROMUSCULAR SEVERA
FECHA NAC.	8-07-2010
PREVISIÓN	FONASA 2DO PR3STADOR
CODIGO	2104113 X 1, 1103069 X 1
INSUMOS	IMPLANTES SINTHES, SISTEMA EXPEDIUM ADULTO, 24 TORNILLOS , NEUROMONITOREO DR GONZALO BARRAZA, INJERTO TECHONEMD 30 CC, PINZA BIPOLAR TECHNOMED 1 DIA CAMA UCI, 2 DIA CAMA UPC, 3 DIAS CAMA MQX
CONTACTO	<a href="mailto:ANAPRADENA@gmail.com">ANAPRADENA@gmail.com</a> 56 9 3188 4053
DIRECCION	PARCELA 55, LOTE 3, EL PERAL, LOS ANGELES
ALERGIAS	HUEVO
AM	Craneosinostosis en INCA (3 EPISOPDIOS) , HERNIA INGUINAL, CXS RN RODILLAS

**Pasos:**

1.- Tomarse exámenes de sangre (ayunas), orina y electrocardiograma.

Contactar a Jose Mondaca, asistente de Cirugías de Dr Huaiquilaf al **+56 9 5198 2030** (whatsapp) y/o al [gestion.columna@patagoniaspine.cl](mailto:gestion.columna@patagoniaspine.cl) para coordinar evaluación de sus exámenes preoperatorios, y luego reservar hora para su pabellón según disponibilidad de la Clínica.

3.- Una vez reservada y confirmada su hora de pabellón, Usted debe dar aviso a [gestion.columna@patagoniaspine.cl](mailto:gestion.columna@patagoniaspine.cl) , que se va a operar con **Dr Carlos Huaiquilaf, para que se le envíe de Orden PCR Covid.**

NOTA: Debe firmar las tres copias adjuntas de Cirugía y Covid-19.

**Dr. Carlos Huaiquilaf Salazar**  
**Cirujano Columna**  
**16639311-6**

## ALGUNAS CONSIDERACIONES

NOMBRE	BAÑADOS PRADENA PAZ
F NAC:	23.366.785-4
EDAD	13 AÑOS
DIAGNÓSTICO	ESCOLIOSIS NEUROMUSCULAR SEVERA

**ESTIMADO PACIENTE, SI USTED ACCEDE A PABELLÓN DE artrodesis, DEBE CONSIDERAR LO SIGUIENTE:**

1. Es Imprescindible que Usted lleve **TODOS los exámenes preoperatorios** a la clínica el día de pabellón, sea exámenes de sangre, orina, electrocardiograma u otros, **así como también los exámenes de imágenes** (sea Radiografías, Scanner y/o **Resonancia nuclear magnética**).
2. Es de vital importancia que usted considere iniciar el tratamiento kinésico que se le indicará , 4 SEMANAS POSTERIOR A una vez dad@ de alta, y debe programarlas con antelación para no estar atrasados en inicio de terapias kinésicas.
3. Es de su responsabilidad tener tomadas oportunamente sus horas de control médico tratante; *sólo el primer control post operatorio será indicado como sobrecupo y sin costos, explicitado en papel de su epicrisis*. Luego de ese control, sea por la razón que sea, debe Usted solicitarlo formalmente y con mucho tiempo para no estar a contratiempo buscando horas o sobrecupos.
4. De la misma manera, debe usted tomar los analésicos indicados en su receta de alta para un buen resultado del tratamiento completo.

**Dr. Carlos Huaquilaf Salazar**  
**Cirujano Columna**  
**16639311-6**  
**CLÍNICAS REDSALUD**

## INFORME MÉDICO

<b>NOMBRE</b>	<b>BAÑADOS PRADENA PAZ</b>
<b>F NAC:</b>	23.366.785-4
<b>EDAD</b>	13 AÑOS
<b>DIAGNÓSTICO</b>	ESCOLIOSIS NEUROMUSCULAR SEVERA

QUIEN SUSCRIBE, CERTIFICA E INFORMA QUE EL PACIENTE FUE EVALUADO POR MÍ DESDE AÑO 2023 POR ESCOLIOSIS SEVERA, QUE REQUIERE ACTUALMENTE TRATAMIENTO MEDIANTE ARTRODESIS POSTERIOR INSTRUMENTADA T2L3

ATTE

  
Dr. Carlos Huaiquilaf Salazar  
Rut: 16.639.311-6  
Cirujía de Columna

**Dr. Carlos Huaiquilaf Salazar**  
**Cirujano Columna**  
**16639311-6**

Santiago, 4/12/2023

### EXAMENES PREOPERATORIOS PRIMARIOS

<b>NOMBRE</b>	<b>BAÑADOS PRADENA PAZ</b>
<b>F NAC:</b>	23.366.785-4
<b>EDAD</b>	13 AÑOS
<b>DIAGNÓSTICO</b>	ESCOLIOSIS NEUROMUSCULAR SEVERA

### EXÁMENES PREOPERATORIOS

#### SANGRE:

- HEMOGRAMA
- PROTROMBINA, TP, TTPK
- PERFIL BIOQUIMICO
- GRUPO SANGUINEO Y RH
- CREATININA, BUN
- ALBUMINA EN SANGRE
- NIVELES DE VITAMINA D EN SANGRE
- ORINA COMPLETA
- ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO
  - ECOCARDIOGRAMA CONVENCIONAL

#### PASE ANESTESICO

(ANESTESICO PEDIRLO PRESENCIAL EN REDSALUD STGO , PEDIR CALL CENTER 600 718 6000)

**Realizarlo en lugar que le quede cerca y cómodo. Resultados enviarlos a Juan Pablo Rojas, al +56 9 5198 2030 (llamada o whatsapp).**

**Dr. Carlos Huaiquilaf Salazar**  
**Cirujano Columna**  
**16639311-6**

  
Dr. Carlos Huaiquilaf Salazar  
Rut: 16.639.311-6  
Cirugía de Columna

Santiago, 4/12/2023

## **ORDEN MEDICA EXAMEN COVID-19**

### **“RECORDATORIO”**

<b>NOMBRE</b>	<b>BAÑADOS PRADENA PAZ</b>
<b>F NAC:</b>	23.366.785-4
<b>EDAD</b>	13 AÑOS
<b>DIAGNÓSTICO</b>	ESCOLIOSIS NEUROMUSCULAR SEVERA

DG: BÚSQUEDA ACTIVA DE COVID POR PABELLÓN

**NOTIFICACIÓN EPIVIGILA N°** \_\_\_\_\_

Exámenes a realizar:

- TOMA DE MUESTRA (03-07-011)
- PCR SARS COV 2 (03-06-082-34)

  
Dr. Carlos Huaiquilaf Salazar  
Rut: 16.639.311-6  
Cirujano de Columna

Dr. Carlos Huaiquilaf Salazar  
Rut: 16.639.311-6  
Cirujano de Columna

Santiago, 4/12/2023

## SOLICITUD ORTOPÉDICA

NOMBRE	BAÑADOS PRADENA PAZ
F NAC:	23.366.785-4
EDAD	13 AÑOS
DIAGNÓSTICO	ESCOLIOSIS NEUROMUSCULAR SEVERA

SOLICITO: (((solo en caso de que Dr indique usarlo, segun resultado de la cirugia y calidad de hueso)

**CORSET DE JEWETT**

**DG: POST OPERATORIO escoliosis**

**ATTE**

  
Dr. Carlos Huaiquilaf Salazar  
Rut: 16.639.311-6  
Cirujía de Columna

**Dr. Carlos Huaiquilaf Salazar**  
**Cirujano Columna**  
**16639311-6**  
CLÍNICAS REDSALUD

Santiago, 4/12/2023

## INDICACIONES AL ALTA

<b>NOMBRE</b>	<b>BAÑADOS PRADENA PAZ</b>
<b>F NAC:</b>	23.366.785-4
<b>EDAD</b>	13 AÑOS
<b>DIAGNÓSTICO</b>	ESCOLIOSIS NEUROMUSCULAR SEVERA

ESTIMADO PACIENTE,

UNA VEZ REALIZADO PABELLÓN DE ARTRODESIS, DEBE SEGUIR LAS SIGUIENTES INDICACIONES AL ALTA:

- 1.- REPOSO RELATIVO, NO DEBE QUEDARSE ACOSTADO EN CAMA. DEBE MOVERSE CON SU FAJA MIENTRAS DEAMBULA, RETIRARSELA AL DORMIR, Y SOLTARLA PARA SENTARSE A COMER.
- 2.- RÉGIMEN LIVIANO, IDEAL INICIAR PLAN DE BAJA DE PESO
- 3.- INICIAR TERAPIAS DE KINESIOLOGÍAS (ORDEN SE ADJUNTARÁ EN EPICRISIS), EN 4 SEMANAS POSTOPERADO, Y DEBE PEDIR SUS HORAS CON ANTELACIÓN CON LOS KINESIÓLOGOS RECOMENDADOS.
- 4.- NO LEVANTAR PESO, NO AGACHARSE, NO CONDUCIR.
- 5.- NO RETIRAR PARCHE NI MOJARLO HASTA CONTROLES MÉDICOS.
- 6.- CONTROL MÉDICO SE LE INDICARÁ EN HOJA DE EPICRISIS.



Dr. Carlos Huaiquilaf Salazar  
Rut: 16.639.311-6  
Cirujano Columna

**Dr. Carlos Huaiquilaf Salazar**  
**Cirujano Columna**  
**16639311-6**  
**CLÍNICAS REDSALUD**

Santiago, 4/12/2023

## ORDEN DE TERAPIAS KINÉSICAS POSTOPERATORIAS

<b>NOMBRE</b>	<b>BAÑADOS PRADENA PAZ</b>
<b>F NAC:</b>	23.366.785-4
<b>EDAD</b>	13 AÑOS
<b>DIAGNÓSTICO</b>	ESCOLIOSIS NEUROMUSCULAR SEVERA

*UD PUEDE ESCOGER LUGAR SEGÚN CERCANÍA*

***RUEGO TOMARLAS A LA BREVEDAD, PARA INICIARLAS 4 SEMANAS POSTERIOR A LA CIRUGIA***

**CLINICA REDSALUD SANTIAGO (EX BICENTENARIO):**

KLGO SHIGERU SUZUKI, LUNES A VIERNES AM

**CLINICA REDSALUD PROVIDENCIA (EX AVANSALUD)**

KLGO. NICOLAS SEPULVEDA , LUNES A VIERNES PM

**CLINICA MEDS - MAIPÚ (CHACABUCO N°40, PLAZA MAIPÚ)**

KLGO. DANILO PARRA, LUNES A VIERNES AM

EVALUACIÓN

ESTABILIZACIÓN LUMBOPÉLVICA

MASOTERAPIA

TENS + US

FORTALECIMIENTO CORE

LIBERACIÓN RADICULAR

EDUCACIÓN PARA EJERCICIOS EN CASA

**(3 POR SEMANA 12 SESIONES)**

  
Dr. Carlos Huaiquilaf Salazar  
Rut: 16.639.311-6  
Cirujía de Columna

**Dr. Carlos Huaiquilaf Salazar**  
**Cirujano Columna**  
**16639311-6**  
**CLÍNICAS REDSALUD**



Santiago, 4/12/2023

## CONSENTIMIENTO E INFORME

<b>NOMBRE</b>	<b>BAÑADOS PRADENA PAZ</b>
<b>F NAC:</b>	23.366.785-4
<b>EDAD</b>	13 AÑOS

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE OSTEOCONDritis EROSIVA L5S1 QUE HA PRESENTADO DOLOR E INCAPACIDAD LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, CON SEVERO DÉFICIT SENSITIVO LUMBAR, Y HA SIDO REFRACTARIO A TRATAMIENTO ANALGÉSICO MULTIMODAL CON OPIOIDES, ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES Y NEUROMODULADORES.

ACTUALMENTE MUY *LÁBIL EMOCIONALMENTE*, CON INCAPACIDAD Y ALTO RIESGO DE DEPENDENCIA A DROGAS ANALGÉSICAS, SÍNDROME DEPRESIVO POR DOLOR CRÓNICO, Y EVENTUAL SECUELA DE SU INVALIDEZ NEUROLÓGICA, POR LO QUE SE RECOMIENDA REALIZAR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE **ARTRODESIS LUMBAR** , ENTENDIENDO LOS RIESGOS DE CONTAGIO DE COVID-19, A PESAR DE TOMAR TODOS LOS RESGUARDOS POSIBLES PREVIO, DURANTE Y POSTERIOR AL PABELLÓN.

ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE A PESAR DE LA INDICACIÓN, PUDIERA NO REALIZARSE CIRUGÍA DEBIDO A LA NO DISPONIBILIDAD DE CAMAS PARA SU POSTOPERATORIO, O DEBIDO A BLOQUEO DE PABELLÓN POR PACIENTES CON COVID-19. SE FIRMA CONSENTIMIENTO DE AMBAS PARTES PARA DEJAR CONSTANCIA DE REQUERIMIENTO DE ESTA CIRUGÍA COMO IMPOSTERGABLE.-

**(COPIA PACIENTE)**

**Dr. Carlos Huaiquilaf Salazar**  
Cirujano Columna  
16639311-6  
CLÍNICAS REDSALUD

-----  
Nombre, rut y firma de Paciente

## Cuestionario Prequirúrgico Cirugía Electiva

Nombre Paciente:

Nombre Doctor (a):

1	En los últimos 7 días ha presentado malestar general	No	Sí
2	En los últimos 7 días ha presentado coriza	No	Sí
3	En los últimos 7 días ha presentado odinofagia	No	Sí
4	En los últimos 7 días ha presentado anosmia y/o ageusia (falta de olfato y gusto)	No	Sí
5	En los últimos 7 días ha presentado tos	No	Sí
6	En los últimos 7 días ha presentado fiebre	No	Sí
7	En los últimos 7 días ha presentado calofríos	No	Sí
8	En los últimos 7 días ha presentado dificultad respiratoria	No	Sí
9	En los últimos 7 días ha presentado mialgias	No	Sí
10	En los últimos 7 días ha presentado cefalea no habitual	No	Sí
11	En su domicilio en los últimos 14 días las personas que lo habitan son más de 10	No	Sí
12	En los últimos 14 días alguno de los habitantes de su domicilio atendió enfermos	No	Sí
13	En los últimos 14 días se expone a contacto con personas en forma no protegida	No	Sí
14	En los últimos 14 días se encuentra usted trabajando en forma no protegida	No	Sí
15	En los últimos 14 días en su trabajo ha tomado contacto con enfermos	No	Sí
16	En los últimos 14 días ha tomado contacto con una persona sospechosa o confirmada de COVID-19	No	Sí
17	Dentro de los próximos 7 días usted tiene dificultades para mantenerse aislado en su domicilio	No	Sí

## Definiciones

Habitante del domicilio: persona que vive en el domicilio del paciente y circula sin medidas de protección

Protección: uso permanente de mascarilla, distanciamiento interpersonal y lavado frecuente de manos

Contacto: proximidad con otra persona que permitiría recibir el virus por transmisión aérea a través de fluidos respiratorios o por contacto directo

## Conducta

Si todas las respuestas son Negativas: se procede a programar la cirugía

Si existe una o más respuestas positivas:

A.- Se suspende cirugía

B.- Se le explica al paciente la necesidad de corregir, la o las, características afirmativas

C.- Se aplica nuevamente la encuesta al paciente 14 días después

Fecha de realización de la Encuesta:

Firma Paciente

Firma Dr(a)

## ANEXO 2

### ADENDUM DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA

Santiago, 4/12/2023

<b>NOMBRE</b>	<b>BAÑADOS PRADENA PAZ</b>
<b>MEDICO</b>	23.366.785-4
<b>EDAD</b>	13 AÑOS
<b>DIAGNÓSTICO</b>	ESCOLIOSIS NEUROMUSCULAR SEVERA
<b>PREVISIÓN</b>	8-07-2010
<b>CODIGO</b>	FONASA 2DO PR3STADOR

Ante la crisis sanitaria que vive el país a causa de la pandemia provocada por el Covid19, el Ministerio de Salud (Minsal) emitió la Resolución Exenta N° 156 del 1 de abril de 2020, que definió la postergación de cirugías electivas, cuyo retraso no signifique un riesgo grave para la salud del paciente.

Dada la evolución de la curva de infección viral en la población que ha tenido esta pandemia en las últimas semanas, el Minsal decidió autorizar la realización de las cirugías postergadas. Estas intervenciones pendientes se pueden realizar en pacientes sin infección activa de virus covid19.

En razón a la existencia de pacientes asintomáticos en etapa de incubación del virus, se solicitó al paciente, previo al procedimiento o intervención, responder una encuesta de posibles contactos conocidos de personas Covid positivas y, además, se le ordenó realizar una serie de exámenes tendientes a pesquisar una infección previa a la cirugía. Cabe mencionar que la certeza absoluta de NO infección no existe.

Entendida la anterior información, yo, anteriormente identificado expongo que se me ha explicado y he comprendido la actual situación sanitaria del país, en el sentido que eleva mi riesgo quirúrgico y de salud en general, y en pleno uso de mis facultades AUTORIZO Y SOLICITO la realización de la cirugía. Asimismo, conozco mi facultad de rechazar o revocar esta autorización, en todo momento previo a su realización.

\_\_\_\_\_  
Firma paciente/representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma médico

\_\_\_\_\_  
Nombre paciente /representante legal

\_\_\_\_\_  
Nombre médico

\_\_\_\_\_  
Identificación representante legal (cónyuge, hijo, padre, hermano, etc.)