

ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Fecha de Orden:	03-10-2024		
Nombre Paciente:	Aguilera Volcantaña Anita		Edad: 69
RUT Paciente:	22.842.283-1	Previsión: Particular: <input type="checkbox"/> Fonasa: <input checked="" type="checkbox"/> Isapre: <input type="checkbox"/> Cual?:	
Correo Electrónico:	Teléfono:		
Cirugía Paquetizada:	NO: <input type="checkbox"/> SI: <input checked="" type="checkbox"/> PAD.	Paciente GES:	NO: <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>

IDENTIFICACIÓN PROCEDIMIENTO

DIAGNÓSTICO	Hernia inguinal izquierda		
CIRUGÍA	Hernioplastia		
Código 1	AP-02-001 (25-01-015)	Código 3	
Código 2		Código 4	
Fecha Propuesta de Cirugía		Hora Propuesta de Cirugía	

Técnica Quirúrgica

Convencional	<input checked="" type="checkbox"/>
Laparoscópica	<input type="checkbox"/>
Otra: Especifique	

Tipo Hospitalización

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

Evaluación Pre anestésica	NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
---------------------------	--

HEMODERIVADOS

NO	<input checked="" type="checkbox"/>
SI (detalle)	

BIOPSIA

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

OTROS

Paciente con aislamiento	NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Alergia al látex u otros	<input checked="" type="checkbox"/>
Usuario de anticoagulante o Aspirina	<input checked="" type="checkbox"/>
Especifique:	

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

NO: <input checked="" type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>
--

1.
2.
3.
4.
5.
Otras Observaciones:

IDENTIFICACIÓN CIRUJANO

Nombre Cirujano:	Bernardo Jermann Israel	RUT:	7062932-1
Correo electrónico:		Teléfono:	

ID RESERVA

(Uso exclusivo agenda)

☐ Campos Obligatorios

Firma y Timbre