

PAZIENTE OSPITALERATUA ETA KIRURGIKO ARTATZEKO UNITATEA
UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO Y QUIRÚRGICO

ZIURTAGIRIA / CERTIFICADO

Izen-abizenak
Nombre y apellidos

NEREA INTXAUSTI CASTIÑEIRA

Ebakuntza egingo duen zerbitzua
Servicio que va a realizar la intervención

CIRUGIA PLASTICA

Ebakuntza egiteko aurreikusitako data
Fecha prevista para la intervención

29/05/17

Ospitalera bertaratzeko edo ziurtagiria eskatzeko ARRAZOIA
MOTIVO para acudir al hospital o solicitar un certificado:

- OPERAZIO AURREKO AZTERKETA
ESTUDIO PREOPERATORIO ☐
- EBAKUNTZA
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ☒
- ITXARONZERRENDA KIRURGIKOAN ESKAERA EGINDA IZATEA
TENER SOLICITUD EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA ☐
- AURREIKUSITAKO EBAKUNTZA BERTAN BEHERA GELDITU DELA JAKINARAZTEA
NOTIFICACIÓN DE ANULACIÓN DE INTERVENCIÓN PREVISTA ☐
- AURREIKUSITAKO EBAKUNTZA DATAZ ALDATZEA ETA ____/____/____ (E)AN EGITEA
MODIFICACIÓN DE FECHA DE INTERVENCIÓN AL DÍA ____/____/____ ☐
- TRATAMENDU ANBULATORIOEN GELA
SALA DE TRATAMIENTOS AMBULATORIOS ☐

Eta dagozkion ondorioetarako horrela jasota gera dadin

_____, (e)k eskatuta, ziurtagiri hau egiten dut:

Donostian, 20 ____ ko _____ aren ____ (e)an.

Y para que conste a los efectos oportunos firmo el presente a petición de:

MARIA CASTIÑEIRA CASAL

San Sebastián, a 27 de JULIO de 2017

Izpta./ Fdo.:

DONOSTIA UNIBERTSITATE OSPITALEA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA
INFORMAZIOA
INFORMACIÓN