
 SECRETARÍA DE SALUD		REGISTRO ANESTESIA				DIRECCIÓN MÉDICA ANESTESIA	
APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRES			
		JIMÉNEZ GUALPA CAMILA JULIETH				D55049758-0	
FECHA	EDAD	SEXO	ESTATURA	PESO	OCCUPACION ACTUAL	SERVICIO	CAMA
14/8/2023	3 AÑOS	F	132	30		PEDIATRÍA ONCOLÓGICA	269889 UCO
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO		DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO		OPERACIÓN PROPUESTA			
LEUCEMIA UNIFOCALÍSTICA AGUDA B COMÚN - RIESGO INTERMEDIO + SNC S				PUNCIÓN LUMBAR + ASPIRADO DE MEDULA ÓSEA			
CIRUJANO		AYUDANTES		OPERACIÓN REALIZADA			
DRA. GABRIELA LEMA				PUNCIÓN LUMBAR + ASPIRADO DE MEDULA ÓSEA			
ANESTESIOLOGO		AYUDANTES		INSTRUMENTAL			
MARIA BELEN GARCIA		VERONICA CABRERA		LCDA AGUILAR			
REGISTRO TRANS - ANESTÉSICO							
AGENTES / HORA 12 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45							
OXIGENO L / min 3 3							
SATURACIÓN S 102% 102%							
ETIO2 cmHg 220 220							
TA MAX MIN 21 20							
PULSO 40 19							
INDUCCIÓN 58 17							
FIN ANESTESIA 160 15							
REANESTESIA 140 13							
ESP 34 13							
ASIS 120 11							
CONT. 100 9							
TEMPERATURA 36 36							
FETO 28 28							
PRES. VENOSA 26 26							
TORNIQUETE 40 40							
DROGAS ADMINISTRADAS 1 a --- 1							
POSICION 0-71							
Rº	T I P O		4	8	DURACIÓN ANESTESIA		
1	LIDOCAINA	30 MG	5	PROPOFOL	15 MG	9	HS. 00 MIN. 25
2	FENTANIL	30 UG	6	MIDAZOLAM	3 MG	10	DURACIÓN OPERACIÓN
3	PROPOFOL	30 MG	7			11	HS. 00 MIN. 30
TÉCNICAS			INFUSIONES		COMPLICACIONES OPERATORIAS		
GENERAL			SOLUCIÓN SALINA		HIPOTENSIÓN		
SISTEMA ABIERTO			DEXTRÓSA		ARRITMIAS		
SISTEMA CERRADO			RINGER		PERFORACIÓN DURAMADRE		
SISTEM. SEMI-CERR.			SANGRE		NÁUSEAS - VÓMITOS		
APARATOS USADOS			EXPANSORES		LARINGOSPASMO		
CIRC. VAIVEN			TOTAL		OTRAS		
MASCARA			HEMORRAGIA		CAMBIO DE TÉCNICA		
INTB. TRAQUEAL			C.C. APROX.		VIA VENOSA PERIFÉRICA		
ORAL NASAL			APGAR		VIA VENOSA CENTRAL		
RESP. LENT			1 Min. 5 Min. 10 Min. F. MUERTO		MONITOREO OSCILOSCÓPICO		
TUBO No			PUNCIÓN LAT.		SCORE ASA "B"		
MANGUITO INFLAB			LÍNEA MEDIA		BALANCE HÍDRICO		
TAPONAMIENTO			AGUJA No		BALANCE HEMÁTICO		
ANESTÓPICA			NIVEL		EXPLICACIÓN COMPLICACIÓN		
ANESTRANSORAL			HIPERBARA		CONDUCIDO A: RELEBERACIÓN		
			POSICIÓN PACIENTE		PDR: MARIA BELEN GARCIA		
			HORA 12:55		ALDRETE 8/10 BROMAGE		
REGISTRO DE ANESTESIA FIRMA DEL ANESTESIOLOGO							

 HOSPITAL GENERAL DE QUITO		REGISTRO ANESTESIA				DIRECCIÓN MÉDICA ANESTESIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
				HERNÁNDEZ GUALPA CAMILA JULIETH																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
				055049758-0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
FECHA	EDAD	SEXO	ESTATURA	PESO	OCCUPACIÓN ACTUAL	SERVICIO	H.C.L.	CAMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
16/08/2022	7	F	110	38kg		PEDIATRÍA ONCOLÓGICA	269688	UCI																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO			DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO			OPERACIÓN PROPUESTA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
LEUCEMIA UNIFOLIOLÁSTICA AGUDA B COMÚN + RIESGO INTERMEDIO + SAE 1						PUNCIÓN LUMBAR + ASPIRADO DE MEDULA ÓSEA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
CIRUJANO			AYUDANTES			OPERACIÓN REALIZADA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
DRA. GABRIELA LEMA ANESTESIOLOGO						PUNCIÓN LUMBAR + ASPIRADO DE MEDULA ÓSEA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
TANIA PUEBLA			EACILA SIMBAÑA			INSTRUMENTAL LEDA AGUIAR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
REGISTRO TRANS - ANESTÉSICO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> AGENTES / HORA 11 15 30 45 12 15 30 45 15 30 45 15 30 45 </div>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<div style="display: flex;"> <div style="width: 15%;"> <p>ETCO2 mmHg</p> <p>MAX <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>MIN <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>PULSO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>INDUCCIÓN <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>FIN ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>INSPIRACIÓN <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ESP <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ASIS. <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>CONT. <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>TEMPERATURA <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>FETO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>PRES. VENOSA <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>TORNIQUETE <input checked="" type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 85%;"> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>190</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>180</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>160</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>140</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div> </div>										120																				31																				190																				19																				180																				17																				160																				15																				140																				13																				120																				11																				100																				9																				80																				7																				60																				5																				40																				3																				20																				1																				0																			
120																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
31																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
190																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
19																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
180																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
17																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
160																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
15																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
140																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
13																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
120																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
11																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
100																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
80																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
7																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
60																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
40																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
20																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<p>DRUGAS ADMINISTRADAS</p> <p>POSICION</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Nº</th> <th>T I P O</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th>11</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>LIDOCAINA 20 MG</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>FENTANIL 25 UG</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>PROPOFOL 160 MG</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										Nº	T I P O	4	5	6	7	8	9	10	11	1	LIDOCAINA 20 MG										FENTANIL 25 UG										PROPOFOL 160 MG																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Nº	T I P O	4	5	6	7	8	9	10	11																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
1	LIDOCAINA 20 MG																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	FENTANIL 25 UG																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	PROPOFOL 160 MG																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">TÉCNICAS</th> <th colspan="4">INFUSIONES</th> <th colspan="4">COMPLICACIONES OPERATORIAS</th> </tr> <tr> <td>GENERAL</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> CONDUCTIVA</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> S</td> <td>SOLUCIÓN 500cc</td> <td>HIPOTENSIÓN</td> <td><input type="checkbox"/> ARRITMIAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SISTEMA ABIERTO</td> <td><input type="checkbox"/> ASEPSIA DE PIEL</td> <td><input type="checkbox"/> D</td> <td>DEXTROSAS cc</td> <td>DEPRESIÓN RESPIRATORIA</td> <td><input type="checkbox"/> PERFORACIÓN DURAMADRE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SISTEMA CERRADO</td> <td><input type="checkbox"/> CON:</td> <td><input type="checkbox"/> R</td> <td>RINGER cc</td> <td>DIFICULTAD TÉCNICA</td> <td><input type="checkbox"/> NAÚSEAS - VÓMITOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SISTEMA SEMI-CERR.</td> <td><input type="checkbox"/> HABON</td> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td>SANGRE cc</td> <td>CONDUCTIVA INSUFICIENTE</td> <td><input type="checkbox"/> LARINGOSPASMO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>APARATOS USADOS</td> <td><input type="checkbox"/> RAQUIDEA</td> <td><input type="checkbox"/> E</td> <td>EXPANSORES cc</td> <td>PARO CARDÍACO</td> <td><input type="checkbox"/> OTRAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CIRC. <input type="checkbox"/> VAVEN</td> <td><input type="checkbox"/> EPIDURAL CAUD.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>TOTAL 100 cc</td> <td>CAMBIO DE TÉCNICA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MASCARA</td> <td><input type="checkbox"/> SIMPLE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>HEMORRAGIA</td> <td>VÍA VENOSA PERIFÉRICA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>INTR. TRACHEAL</td> <td><input type="checkbox"/> CONTINUA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>APGAR</td> <td>VÍA VENOSA CENTRAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORAL <input type="checkbox"/> NASAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1 Min 5 Min 10 Min E. MUERTO</td> <td>MONITOREO OSCILOSCÓPICO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>RESR. <input type="checkbox"/> LENT</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TUBOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MANGUITO INFLAB</td> <td><input type="checkbox"/> LINEA MEDIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>TÉCNICAS ESPECIALES</td> <td>BALANCE HÍDRICO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TAPONAMIENTO</td> <td><input type="checkbox"/> AGUJA No</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Seccionado</td> <td>BALANCE HEMÁTICO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ANST. TÓPICA</td> <td><input type="checkbox"/> NIVEL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>EXPLICACIÓN COMPLICACIÓN</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ANST. TRANSORAL</td> <td><input type="checkbox"/> HIPERBARA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>CONDUCCIÓN ACCESORIO</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> POSICIÓN PACIENTE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>FOR: Tania Puebla</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>HORA 12:30</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>										TÉCNICAS				INFUSIONES				COMPLICACIONES OPERATORIAS				GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> CONDUCTIVA	<input checked="" type="checkbox"/> S	SOLUCIÓN 500cc	HIPOTENSIÓN	<input type="checkbox"/> ARRITMIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SISTEMA ABIERTO	<input type="checkbox"/> ASEPSIA DE PIEL	<input type="checkbox"/> D	DEXTROSAS cc	DEPRESIÓN RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/> PERFORACIÓN DURAMADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SISTEMA CERRADO	<input type="checkbox"/> CON:	<input type="checkbox"/> R	RINGER cc	DIFICULTAD TÉCNICA	<input type="checkbox"/> NAÚSEAS - VÓMITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SISTEMA SEMI-CERR.	<input type="checkbox"/> HABON	<input type="checkbox"/> S	SANGRE cc	CONDUCTIVA INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> LARINGOSPASMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	APARATOS USADOS	<input type="checkbox"/> RAQUIDEA	<input type="checkbox"/> E	EXPANSORES cc	PARO CARDÍACO	<input type="checkbox"/> OTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIRC. <input type="checkbox"/> VAVEN	<input type="checkbox"/> EPIDURAL CAUD.	<input type="checkbox"/>	TOTAL 100 cc	CAMBIO DE TÉCNICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MASCARA	<input type="checkbox"/> SIMPLE	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	VÍA VENOSA PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INTR. TRACHEAL	<input type="checkbox"/> CONTINUA	<input type="checkbox"/>	APGAR	VÍA VENOSA CENTRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ORAL <input type="checkbox"/> NASAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Min 5 Min 10 Min E. MUERTO	MONITOREO OSCILOSCÓPICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RESR. <input type="checkbox"/> LENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUBOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MANGUITO INFLAB	<input type="checkbox"/> LINEA MEDIA	<input type="checkbox"/>	TÉCNICAS ESPECIALES	BALANCE HÍDRICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TAPONAMIENTO	<input type="checkbox"/> AGUJA No	<input type="checkbox"/>	Seccionado	BALANCE HEMÁTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANST. TÓPICA	<input type="checkbox"/> NIVEL	<input type="checkbox"/>		EXPLICACIÓN COMPLICACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANST. TRANSORAL	<input type="checkbox"/> HIPERBARA	<input type="checkbox"/>	CONDUCCIÓN ACCESORIO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> POSICIÓN PACIENTE	<input type="checkbox"/>	FOR: Tania Puebla		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	HORA 12:30		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																				
TÉCNICAS				INFUSIONES				COMPLICACIONES OPERATORIAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> CONDUCTIVA	<input checked="" type="checkbox"/> S	SOLUCIÓN 500cc	HIPOTENSIÓN	<input type="checkbox"/> ARRITMIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
SISTEMA ABIERTO	<input type="checkbox"/> ASEPSIA DE PIEL	<input type="checkbox"/> D	DEXTROSAS cc	DEPRESIÓN RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/> PERFORACIÓN DURAMADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
SISTEMA CERRADO	<input type="checkbox"/> CON:	<input type="checkbox"/> R	RINGER cc	DIFICULTAD TÉCNICA	<input type="checkbox"/> NAÚSEAS - VÓMITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
SISTEMA SEMI-CERR.	<input type="checkbox"/> HABON	<input type="checkbox"/> S	SANGRE cc	CONDUCTIVA INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> LARINGOSPASMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
APARATOS USADOS	<input type="checkbox"/> RAQUIDEA	<input type="checkbox"/> E	EXPANSORES cc	PARO CARDÍACO	<input type="checkbox"/> OTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
CIRC. <input type="checkbox"/> VAVEN	<input type="checkbox"/> EPIDURAL CAUD.	<input type="checkbox"/>	TOTAL 100 cc	CAMBIO DE TÉCNICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
MASCARA	<input type="checkbox"/> SIMPLE	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	VÍA VENOSA PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
INTR. TRACHEAL	<input type="checkbox"/> CONTINUA	<input type="checkbox"/>	APGAR	VÍA VENOSA CENTRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
ORAL <input type="checkbox"/> NASAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Min 5 Min 10 Min E. MUERTO	MONITOREO OSCILOSCÓPICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
RESR. <input type="checkbox"/> LENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
TUBOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
MANGUITO INFLAB	<input type="checkbox"/> LINEA MEDIA	<input type="checkbox"/>	TÉCNICAS ESPECIALES	BALANCE HÍDRICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
TAPONAMIENTO	<input type="checkbox"/> AGUJA No	<input type="checkbox"/>	Seccionado	BALANCE HEMÁTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
ANST. TÓPICA	<input type="checkbox"/> NIVEL	<input type="checkbox"/>		EXPLICACIÓN COMPLICACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
ANST. TRANSORAL	<input type="checkbox"/> HIPERBARA	<input type="checkbox"/>	CONDUCCIÓN ACCESORIO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	<input type="checkbox"/> POSICIÓN PACIENTE	<input type="checkbox"/>	FOR: Tania Puebla		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
		<input type="checkbox"/>	HORA 12:30		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
<p style="text-align: right;"> ALCHETE <input type="checkbox"/> BROMAGE <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: right;"> FOLIA NÚCLEO DE QUITO Dra. Tania Puebla MÉDICA ANESTESIOLOGA C.I.: 1721234102 </p> <p style="text-align: right;"> REGISTRO DE ANESTESIA FIRMA DEL ANESTESIOLOGO </p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					