



DPTO. DE ANESTESIA  
Y CENTRO QUIRÚRGICO

## INFORME OPERATORIO

Hist. Clin. N°: **##HC\*#**  
Servicio: **##SERVICIO\*#**  
Piso: **##PISO\*#**  
Cama N°: **##CAMA\*#**

**NOMBRE:** **##NOMBRE\*#**

**CIRUJANO:** **##CIRUJANO\*#**

**AYUDANTES:**

Dr.: **##DOCTOR\*#**

Residente: **##RESIDENTE\*#**

Interno: **##INTERNO\*#**

Auxiliar de Sala: **##AUXILIAR\*#**

**ANESTESIÓLOGO:** **##ANESTESIOLOGO\*#**

Tipo de anestesia: **##TIPOANESTESIA\*#**

Medicación anestésica usada: **##MEDICACION\*#**

Tiempo operatorio: **##TIEMPOOPERATORIO\*#** hrs.

Fecha: **##FECHA\*#** Hora: **##HORA\*#**

Cirugía: **##TIPOCIRUGIA\*#**

**DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO:**  
**##DIAGNOSTICOPREOPERATORIO\*#**

**DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO:**  
**##DIAGNOSTICOPOSTOPERATORIO\*#**

Posición del paciente: **##POSICIONPACIENTE\*#**

**HALLAZGOS:** (Condiciones de todos los órganos examinados, ganglios, tipo o grado de lesión)  
**##HALLAZGOS\*#**

Condición de la herida operatoria: **##CONDICIONDELAHERIDA\*#**

**PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:** Tipo de incisión y técnicas de resección, ligaduras, suturas, N° de clips, drenajes, conteo de gases y cierre.  
**##PROCEDIMIENTOQUIRURGICO\*#**

Nota: Toda pieza quirúrgica debe ser enviada a Anatomía Patológica, antes de las 24 horas.

## INFORME OPERATORIO

# 6