



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Hospital Nacional
"Dos de Mayo"

DPTO. DE ANESTESIA
Y CENTRO QUIRÚRGICO

INFORME OPERATORIO

Hist. Clín.: _____

Servicio: _____

Piso: _____

Cama N°: _____

NOMBRE: _____

CIRUJANO: _____ **ANESTESIÓLOGO:** _____

AYUDANTES: _____ **Tipo de anestesia:** _____

Asistente(s): _____ **Medicación usada:** _____

Residente(s): _____ **Tiempo operatorio:** _____ hrs.

Interno(s): _____ **Fecha:** _____

Instrumentista: _____ **Hora:** _____

Perfusionista: _____ **Tipo de Cirugía:** _____

Auxiliar de Sala: _____ **Posición del paciente:** _____

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: _____

DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO: _____

OPERACIÓN REALIZADA: _____

HALLAZGOS:

Condición de la herida operatoria:

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: