

**DPTO. DE ANESTESIA**

**Y CENTRO QUIRÚRGICO**

**Hist. Clín.:**



**Servicio:**

**Piso:**

**Cama Nº:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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:**