

| Datos del Paciente | |
|--------------------|---------------------|
| Fecha | |
| Fecha | |
| Apellido y Nombre | N° de Documento |
| Apellido y Nombre | Número de Documento |
| Obra Social | N° de Afiliado |
| Obra Social | Número de Afiliado |
| Médico Anestesista | N° de CUIT |
| Médico Anestesista | Número de CUIT |

| Clínica Preoperatorio | | |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | Si | No |
| Arritmias | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hipertensión | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hipotensión | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tos | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Expectoración | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Asma | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hepatopatía | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Coagulopatía | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nefropatía | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |