

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"/>