

Solicitud de Pabellón:

Favor complete los espacios de manera correcta para agendar su cirugía:

Nombre del paciente:	
Rut del paciente:	Fecha de nacimiento:
Teléfono del paciente:	
Fecha solicitada:	Horario solicitado:
Diagnóstico:	
Cirugía propuesta:	
Código de cirugía:	Duración de cirugía:
Lateralidad: Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
Alergias látex:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Puntaje ETE <input type="checkbox"/>
Consignación, instrumental, equipo o insumo especial si requiere:	
Cama requerida: Abreviado <input type="checkbox"/> MQ <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> UPC _____ (sin día cama) (día cama) (Hospitalización transitoria)	
Biopsia: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Diferida <input type="checkbox"/> Rápida <input type="checkbox"/> Patólogo _____	
Rayos X: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Necesidad de Banco de sangre: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Es deseable que además contenga los siguientes datos:	
Nombre del Cirujano Tratante:	
Nombre Médico Ayudante:	
Nombre Médico Anestesista:	
Nombre de Arsenalera:	
Previsión:	
Convenio: PAD <input type="checkbox"/> GES <input type="checkbox"/> CAE <input type="checkbox"/> SIP <input type="checkbox"/> LIBRE ELECCIÓN <input type="checkbox"/>	