

Nombre del paciente:					
Rut del paciente:		Fecha de nacimiento:			
Teléfono del paciente:					
Fecha solicitada:		Horario solicitado:			
Diagnostico:					
Cirugia 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="text"/>					
Consignación, instrumental, equipo o insumo especial si requiere:					
Cama requerida: Abreviado <input type="checkbox"/> MQ <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> UPC _____ <div>(sin día cama) (día cama) (Hospitalización transitoria)</div>					
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"/>					