



INSTITUTO REGIONAL
DE OFTALMOLOGÍA
Javier Servat Unzueto



H.C.I: _____

RIESGO QUIRÚRGICO - CONTROL

Apellidos y Nombres: _____ Edad: _____ Sexo: (M) (F)

CONTROL N° _____

Fecha: _____

Hora: _____

(S) ASINTOMATICO

SINTOMÁTICO (especificar): _____

(O) Presión arterial: _____ mmHg Frec. cardiaca: _____ /min Frec. Resp: _____ /min

Examen físico priorizado: _____

Exámenes de laboratorio: Glucosa basal: _____ Otros (Especificar): _____

Procedimientos: _____

(P) RECOMENDACIONES:

- _____ 4) _____
- _____ 5) _____
- _____ 6) _____

Firma y Sello

CONTROL N° _____

Fecha: _____

Hora: _____

(S) ASINTOMATICO

SINTOMÁTICO (especificar): _____

(O) Presión arterial: _____ mmHg Frec. cardiaca: _____ /min Frec. Resp: _____ /min

Examen físico priorizado: _____

Exámenes de laboratorio: Glucosa basal: _____ Otros (Especificar): _____

Procedimientos: _____

(P) RECOMENDACIONES:

- _____ 4) _____
- _____ 5) _____
- _____ 6) _____

Firma y Sello