

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Código de Atención del SIS: \_\_\_\_\_ H.C. \_\_\_\_\_

**USUARIO**

☐ Demanda  
☐ SIS  
☐ Intervención Sanitaria  
Otros \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN**

☐ Consulta externa  
☐ Emergencia  
☐ S.O.P.  
Otros \_\_\_\_\_

**ESPECIALIDAD**

☐ Oftalmología general  
☐ Córnea  
☐ Uveitis  
☐ Vía Lagrimal  
☐ Oculoplástica  
☐ Glaucoma  
☐ Oftalmopediatría  
☐ Catarata  
☐ Retina  
Otros \_\_\_\_\_

Diagnóstico (Definitivo/Presuntivo) \_\_\_\_\_

(CIE-10)

**ANGIOGRAFIA**

**Medicamento**

**Cantidad**

Llave triple vía		1 und
Dexametasona fosfato 4 mg/2ml		1 amp
Fluoresceína sódica 10% 5ml		1 amp
Clorfenamina maleato 4mg 2 ml		1 amp
Cloruro de sodio 0.9% 100ml		1 fco
Jeringa descartable 5cc con aguja 21G 1 1/2"		3 und
Jeringa descartable 10cc con aguja 21G 1 1/2"		4 und
Catéter endovenoso periférico		1 und
N° 22 G x 3/4 in <input type="checkbox"/>	N° 24 G x 3 1/2 in <input type="checkbox"/>	
Guantes estériles descartables N° 6 1/2 <input type="checkbox"/>	N° 7 <input type="checkbox"/>	3 pares
N° 7 1/2 <input type="checkbox"/>	N° 8 <input type="checkbox"/>	

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de atención

Válido hasta



Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Código de Atención del SIS: \_\_\_\_\_ H.C. \_\_\_\_\_

**USUARIO**

☐ Demanda  
☐ SIS  
☐ Intervención Sanitaria  
Otros \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN**

☐ Consulta externa  
☐ Emergencia  
☐ S.O.P.  
Otros \_\_\_\_\_

**ESPECIALIDAD**

☐ Oftalmología general  
☐ Córnea  
☐ Uveítis  
☐ Vía Lagrimal  
☐ Oculoplástica  
☐ Glaucoma  
☐ Oftalmopediatría  
☐ Catarata  
☐ Retina  
Otros \_\_\_\_\_

Diagnóstico (Definitivo/Presuntivo) \_\_\_\_\_

(CIE-10)

**ANGIOGRAFIA**

**Medicamento**

**Cantidad**

Llave triple vía		1 und
Dexametasona fosfato 4 mg/2ml		1 amp
Fluoresceína sódica 10% 5ml		1 amp
Clorfenamina maleato 4mg 2 ml		1 amp
Cloruro de sodio 0.9% 100ml		1 fco
Jeringa descartable 5cc con aguja 21G 1 1/2"		3 und
Jeringa descartable 10cc con aguja 21G 1 1/2"		4 und
Catéter endovenoso periférico		1 und
N° 22 G x 3/4 in <input type="checkbox"/>	N° 24 G x 3 1/2 in <input type="checkbox"/>	
Guantes estériles descartables N° 6 1/2 <input type="checkbox"/>	N° 7 <input type="checkbox"/>	3 pares
N° 7 1/2 <input type="checkbox"/>	N° 8 <input type="checkbox"/>	

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de atención

Válido hasta