



HOJA HOSPITALIZACIÓN

FECHA _____ N° DE FICHA _____ RUT _____
NOMBRE _____ EDAD _____
TELÉFONO 1 _____ TELÉFONO 2 _____

ANAMNESIS _____

ANTECEDENTES MÓRBIDOS _____

ALERGIAS _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS _____

EXÁMEN FÍSICO _____

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO _____

CIRUGÍA/ PROCEDIMIENTO _____ FECHA _____
HORA _____

CATEGORIZACIÓN RIESGO ETE*

BAJO MEDIO ALTO MUY ALTO

**Revisar documento Programa de Prevención de enfermedad Tromboembólica en pacientes quirúrgicos*

PROFILAXIS NO REQUIERE
MANGA COMP. NEUMÁTICA MEDIAS ANTIEMBÓLICAS
HBPM OTRA

INDICACIONES

HOSPITALIZACIÓN EN _____ AISLAMIENTO SI NO
TIPO AISLAMIENTO _____

TIPO DE REPOSO _____

RÉGIMEN _____

NOMBRE DEL MÉDICO/ CIRUJANO _____

FIRMA MÉDICO/ CIRUJANO _____

Marcar casilleros correspondientes con