

**PASAPORTE PERIOPERATORIO**

NOMBRE _____

RUT _____

N° FICHA _____

EDAD _____

PREVISIÓN _____

FECHA INDICACIÓN CIRUGÍA _____

CIRUJANO _____

EXPLICATIVO PROCEDIMIENTO FIRMADO PACIENTE SI ☐ NO ☐CONSENTIMIENTO INFORMADO SI ☐ NO ☐FIRMA CONSENTIMIENTO MÉDICO SI ☐ NO ☐

FIRMA MÉDICO _____

FIRMA CONSENTIMIENTO PACIENTE SI ☐ NO ☐**ENTREVISTA PRE-ADMISIÓN CLÍNICA**

FECHA _____

DERIVACIÓN CIRUJANO SI ☐ NO ☐

FECHA DERIVACIÓN _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO SI ☐ NO ☐HOJA INGRESO (CLASIF. RIESGO ETE) SI ☐ NO ☐CATEGORIZACIÓN DE RIESGO Y PREVENCIÓN ETE SI ☐ NO ☐EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS SI ☐ NO ☐

NOMBRE ENFERMERA(O) _____

PRE ADMISIÓN ADMINISTRATIVA SI ☐ NO ☐**ADMISIÓN**

FECHA _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO SI ☐ NO ☐HOJA INGRESO (CLASIF. RIESGO ETE) SI ☐ NO ☐EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS SI ☐ NO ☐

NOMBRE ADMISIONISTA _____

CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACIÓN SI ☐ NO ☐**HOSPITALIZACIÓN**

FECHA _____

CHECK LIST PRE OPERATORIO SI ☐ NO ☐

NOMBRE ENFERMERA(O)/ MATRONA _____

EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICA

ANESTESIOLOGO _____

FECHA _____

EXPLICATIVO ANESTESIA FIRMADO SI ☐ NO ☐FIRMA CONSENTIMIENTO MÉDICO SI ☐ NO ☐FIRMA CONSENTIMIENTO PACIENTE SI ☐ NO ☐

FIRMA MÉDICO _____

EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICA SI ☐ NO ☐**HOSPITALIZACIÓN**

FECHA _____

CHECK LIST POST OPERATORIO SI ☐ NO ☐

NOMBRE ENFERMERA(O)/ MATRONA _____

ALTA PACIENTE

FECHA _____

HOJA DE ALTA SI ☐ NO ☐PROTOCOLO OPERATORIO SI ☐ NO ☐

NOMBRE ENFERMERA(O)/ MATRONA _____