

INFORMACIÓN A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE

INFORMACIÓN A COMPLETAR EN CIO

Nombre del Paciente		Fecha	
RUT de Paciente		N° Ficha	
Edad		PESO/ TALLA	
Médico Tratante		Alergias	
Diagnóstico		Consentimiento informado firmado	

PREMEDICACIÓN

Hidrocortisona: mg vía..... en Suero.....cc o bolo..... Enminutos

Dexametasona: mg vía..... en Suero.....cc o bolo..... Enminutos

Betametasona: mg vía..... en Suero.....cc o bolo..... Enminutos

Clorfenamina: mg vía..... en Suero.....cc o bolo..... Enminutos

Paracetamol: mg vía..... en Suero.....cc o bolo..... Enminutos

Otro.....

FÁRMACOS A ADMINISTRAR

..... diluido en cc Suero..... a pasar en horas vía.....

..... diluido en cc Suero..... a pasar en horas vía.....

OBSERVACIONES

.....

FIRMA MÉDICO TRATANTE
.....