

Nombre paciente:		Mail:	
Rut paciente:	Previsión:	Fono:	
Edad:	Diagnóstico:	Cirugía/Procedimiento:	
Fecha probable cirugía:	Código:	Código:	Código:
Vía de Abordaje: <input type="checkbox"/> Abierta <input type="checkbox"/> Laparoscópica <input type="checkbox"/> Endoscópica <input type="checkbox"/> Artroscópica			
Lateralidad: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> N/A    Biopsia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
CMA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> Cheque Consalud <input type="checkbox"/> Paquetizado			

Requiere insumos y/o instrumental especial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Descripción/Nombre:
Descripción/Nombre:

Paciente requiere UTI: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nº de días hospitalización: (aproximados)
Paciente requiere UCI: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nº de días hospitalización: (aproximados)

<b>Equipo Médico</b>	
Honorarios médicos institucionales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Honorarios particulares (detallar valor) \$
Nombre médico cirujano:	
Rut médico:	Fono:

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_