

Formulario de pedido de turno de Quirófano

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido:

Tipo y N DNI:.....Sexo:.....

Obra Social:..... Número de Afiliado:.....

DATOS DE LA CIRUGÍA

Procedimiento a Realizar

Código (por nomenclador)

Fecha probable de cirugía.....

Tiempo estimado de Cx.....

Requiere Autorización Previa de la Obra Social Si | No

Material / Insumo

.....

Confirmar solicitud Si | No

Proveedor / Contacto

TIPO DE INTERNACIÓN (Marcar el servicio de internación requerido y cantidad de días en cada servicio)

Hospital de día Cirugía ambulatoria

Sala general Cantidad de días

UTI Cantidad de días

UCO Cantidad de días

TIPO DE ANESTESIA: General | Regional | Local | Otra.....

Artroscopía Si | No

Laparoscopia Si | No

Hemoterapia Si | No

Microscopio Si | No

RX Si | No

Monitoreo Si | No

Torre Endoscópica Si | No

Ligasure/armónico Si | No

Comentarios.....

.....

Firma y sello del profesional

Fecha

Procedimiento

- 1) Completar todos los campos y enviar al paciente al sector de Preadmisión de Clínica Pasteur en Santiago del Estero 64, Neuquén o por WhatsApp +54-9-299-406-5835 o por email preadmission@cpasteur.com.ar.
- 2) Una vez obtenidas las autorizaciones correspondientes, la secretaria de Quirófano se comunicará con usted para confirmar la fecha definitiva de la cirugía.