

Forma F.M.E. 14.1-94 SOLICITUD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

HOSPITAL LUIS VERNAZA
Guayaquil - Ecuador

Apellido Paterno 1	Apellido Materno 2	Nombres 3	Apellido del Esposo 4	N° Hist. Clin. 5
DEPARTAMENTO	HOSPITALIZACION		CONSULTA EXTERNA	EMERGENCIA
	Area	Cama N°	Consultorio N°	Area

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

OPERACION

Proyectada _____

Equipos o instrumentos adicionales:	<input type="checkbox"/> Microscopio	<input type="checkbox"/> Radiografía	<input type="checkbox"/> Intensificador
	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Ninguno	

Tipo de operación:	<input type="checkbox"/> Limpia	<input type="checkbox"/> Limpia contaminada	<input type="checkbox"/> Contaminada	<input type="checkbox"/> Sucia
--------------------	---------------------------------	---	--------------------------------------	--------------------------------

RIESGO QUIRURGICO	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Malo
--------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

CLASE	<input type="checkbox"/> Efectiva	<input type="checkbox"/> Urgente
--------------	-----------------------------------	----------------------------------

Duración aproximada de la operación: _____

EQUIPO OPERATORIO

FECHAS			
De la solicitud:	Mes _____	Día _____	Hora _____
A Realizarse:	Mes _____	Día _____	Hora _____
Recepción de la Solicitud	Mes _____	Día _____	Hora _____

CIRUJANO	_____
Ayudantes:	_____
Anestesiólogo:	_____
Cirujano suplente:	_____

_____	_____	_____
Jefe del Servicio	Aceptación	Cirujano

No serán aceptadas las solicitudes llenadas en forma incompleta.

Forma F.M.E. 41.1 AUTORIZACIÓN PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL LUIS VERNAZA
GUAYAQUIL, ECUADOR**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Apellido del Esposo	No. de H.C.
Departamento	Area	Cama No.	Observaciones:	

Autorizo, bajo mi responsabilidad, al Personal Médico del Hospital Luis Vernaza para que procedan a realizar la intervención quirúrgica.:

o la que al momento se considera necesaria o aconsejable.

He sido informado de los riesgos, liberándolos de responsabilidad futura por los resultados.

Firma del Paciente
Céd. No.

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD O ESTA IMPEIDIDO DE FIRMAR

Firma	Nombres	No. de Cédula de Ciudadanía
-------	---------	-----------------------------

FAMILIAR O REPRESENTANTE

TESTIGO Céd. No.

TESTIGO Céd. No.

Fecha: _____

Forma F.M.E. 13.0 REGISTRO DE ANESTESIA

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL LUIS VERNAZA
GUAYAQUIL, ECUADOR

Apellido Paterno 1	Apellido Materno 2	Nombres 3	Apellido del Esposo 4	Historia Clínica 5
--------------------	--------------------	-----------	-----------------------	--------------------

Fecha			Quirófano No.	Anestesiólogo	Tecnólogo	Observaciones
Año	Mes	Día				

		1				2				3			
		15	30	45		15	30	45		15	30	45	
SIGNOS VITALES	Hora al comenzar												
	PRESION ARTERIAL SUP												
	Maxima ∇												
	Mínima ▲												
	PULSO ●												
	RESPIRACIONES												
	Espontanea ○												
	Asistida ⊗												
	Controlada ●												
	TEMPERATURA ▲												
OTROS	PRESION VENOSA +												
	TORNQUETE I												
	INTUBACION T												
	PARO CARDIACO												
	BOMBA												
	OPERACION ⊙												
	ANESTESIA X, ⊗												

ANEST.														
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FLUIDOS														
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DROGAS														
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DESCRIPCION DE LA ANESTESIA :

General;
 Analgesia;
 Raquídea;
 Epidural;
 Local;
 Regional;
 Otro.

Anestesiista

Forma F.M.E. 14.0 PROTOCOLO DE OPERACIÓN

INSTITUTO DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL HOSPITAL LUIS VERNAZA GUAYAQUIL, ECUADOR						
Apellido Paterno 1	Apellido Materno 2	Nombres 3		Apellido del Esposo 4	No.Historia Clínica 5	
Departamento	Area	Quirofano No.	Año	Mes	Día	
					Hora De Iniciación	Terminación
Cirujano:			Primera Instrumentista:			
Segundo Ayudante:			Segunda Instrumentista:			
Tercero Ayudante:			Circulante:			
DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO:			OPERACION REALIZADA:			
DESCRIPCION DE LA INTERVENCION : <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> Dr. _____ Firma del Cirujano </div>						
(CONTINUA AL REVERSO)						
Escrita Por:		Fecha del Dictado:		Escrita Por:		