

**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
<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>HOSPITALIZACIÓN</b>		<b>CONSULTA EXTERNA</b>	<b>EMERGENCIA</b>
	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
--------------------	---------------------------------	---	--------------------------------------	--------------------------------

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

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

Duración aproximada de la operación: \_\_\_\_\_

**EQUIPO OPERATORIO**

<b>FECHAS</b>			
De la solicitud:	Mes _____	Día _____	Hora _____
A Realizarse:	Mes _____	Día _____	Hora _____
Recepción de la Solicitud	Mes _____	Día _____	Hora _____

<b>CIRUJANO</b>	_____
<b>Ayudantes:</b>	_____
<b>Anestesiólogo:</b>	_____
<b>Cirujano suplente:</b>	_____

\_\_\_\_\_ 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				

		Hora al comenzar				1				2				3				
		15	30	45		15	30	45		15	30	45		15	30	45		
SIGNOS VITALES	PRESION ARTERIAL SUP	210																
	Maxima ∇	200																
	Mínima ▲	190																
	PULSO ●	180																
	RESPIRACIONES	170																
	Espontanea ○	160																
	Asistida ⊗	150																
	Controlada ●	140																
	TEMPERATURA ▲	130																
	PRESION VENOSA +	120																
OTROS		110																
		100																
	TORNQUETE I	90																
	INTUBACION T	80																
	PARO CARDIACO	70																
	BOMBA	60																
	OPERACION ⊙	50																
ANESTESIA X, ⊗	40																	
	30																	
	20																	
	10																	

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

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

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

DESCRIPCION DE LA ANESTESIA :

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

\_\_\_\_\_

Anestesiista

## Forma F.M.E. 14.0 PROTOCOLO DE OPERACIÓN

CLINICA 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 :					
Dr. _____ Firma del Cirujano					
(CONTINUA AL REVERSO)					
Escrita Por:		Fecha del Dictado:		Escrita Por:	