

# Formulario de Cirugía Programada



## DATOS DEL PACIENTE

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

No. Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

### Antecedentes patológicos personales:

Detallar nombre de la enfermedad, tiempo de evolución y tratamiento actual.

### Breve historia clínica del cuadro actual y resultado de exámenes realizados:

Detallar tiempo de evolución: Inicio, progresión de síntomas y signos. Tratamiento recibido.

## DATOS DEL PROCEDIMIENTO

### Diagnóstico

Nombre del Diagnóstico(s) definitivo(s):	Código del diagnóstico (s)

**Tipo de Atención:**      Ambulatorio      Hospital del día      Hospitalario  
**Tipo de Anestesia:**      Local      Raquídea / Epidural      General

### Procedimientos a realizar

Nombre del Procedimiento (s)	Código de Procedimiento (s)

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_

Fecha estimada del procedimiento: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

## PRESUPUESTO DEL PROCEDIMIENTO

Cirujano: \_\_\_\_\_

Ayudante: \_\_\_\_\_

Anestesista: \_\_\_\_\_

Por favor, adjuntar exámenes y resultados de respaldo