



NOMBRE
INFORME QUIRÚRGICO (FORMATO CONTINGENCIA) - HISTORIA CLÍNICA
TIPO DE DOCUMENTO
FORMATO

CÓDIGO
03-M-FT-062

PROCESO
MISIONAL

VERSIÓN 001

I. DATOS BÁSICOS PACIENTE

Identificación:		Sexo:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	N° Historia clínica:	
Nombre completo:		Fecha nacimiento:		EPS:		
Dirección de residencia:		Barrio:		Edad:		

II. PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN LA CIRUGIA

Cirujano:		Ayudante:	
Anestesiólogo:		Circulante:	
Aux. Anestesia:		Instrumentador:	

III. DIAGNÓSTICO

Dx previo:	
Dx posterior:	

IV. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Procedimiento:				
Procedimiento:				
Procedimiento:				
Procedimiento:				
Procedimiento:				
Anestesia:		Sangrado:		Clasificación herida
Patología:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Torniquete:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tipo de cirugía	Fecha cirugía	Hora cirugía	Fecha finalización	Hora finalización

V. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

--

VI. COMPLICACIONES

--

VII. CONDUCTA

--

Médico cirugía:	
Registro:	
Especialidad:	