	NOMBRE RÓTULO IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CIRUGÍA SEGURA		CÓDIGO 06-FT-022
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 005

FECHA:	EDAD:	PESO:
---------------	--------------	--------------

NOMBRE COMPLETO:


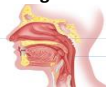


N° IDENTIFICACIÓN:	EPS:
---------------------------	-------------

ALERGIAS:

PROFILAXIS Y DOSIS:

HORA DE ADMINISTRACION:

CIRUGÍA A REALIZAR:		Vía abierta: ____ Vía endoscop: ____ Vía endovasc: ____
----------------------------	--	--

Cerebro: 	Orofaringe: 	Pulmon: 	Corazón: 
--	---	---	--

Tracto Gastrointestinal: 	Tracto urinario: 	Utero y anexos: 	Otro? Cual:
---	---	--	--------------------

VALORACIONES

TRIAGE DE EVACUACIÓN	SIGNOS VITALES	MORSE:	BRADEN:
	TA: _____ FC: _____ T° _____	BAJO _____ MEDIO _____ ALTO _____	BAJO _____ MEDIO _____ ALTO _____