	NOMBRE		CÓDIGO <b>06-OD-002</b>
	<b>INDICACIONES AL PACIENTE QUE VA A SER INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE</b>		
	TIPO DE DOCUMENTO <b>MANUAL</b>	PROCESO <b>MISIONAL</b>	VERSIÓN 007

<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b>			
<b>N° IDENTIFICACIÓN:</b>		<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	
<b>PROCEDIMIENTO:</b>			

A usted se le va a realizar una cirugía; le solicitamos leer con detenimiento las **siguientes instrucciones:**

**EL DÍA DE LA CIRUGÍA:**

1. **NO ingerir NINGUNA CLASE DE ALIMENTO** sólido o líquido **8 HORAS** antes de la cirugía. PARA **PROCEDIMIENTOS MENORES COMO DERMATOLOGÍA, CISTOSCOPIAS Y NASOSFIBROLARINGOSCOPIAS, NO SE REQUIERE AYUNO.**
2. Presentarse **SIN MAQUILLAJE** facial o en las uñas de manos y pies; éstas deben estar cortas y sin ningún tipo de esmalte.
3. **NO utilizar** lociones, talcos, cremas, ni accesorios decorativos como manillas, pulseras.
4. **VENIR ACOMPAÑADO** de un adulto responsable, que disponga de tiempo para esperar hasta el final de la cirugía.
5. Traer pijama y todos los elementos de aseo personal en caso de requerir hospitalización.
6. Traer exámenes de laboratorio, rayos X, y demás exámenes que le hayan realizado anteriores a la cirugía.
7. En caso **estar en estado de embarazo o sospecha, debe informar al área de programación de cirugía.**
8. **TRAER LOS DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN QUE LE APLIQUEN** (registro civil de nacimiento, tarjeta de identidad, cedula de ciudadanía o cedula extranjera) necesarios para la admisión en cirugía.
9. Si usted toma **ASPIRINA, OMEGA 3, GINKGO BILOBA, ACIDO ACETIL SALICILICO, ASAWIN** los cuales producen alteraciones sanguíneas, deben ser **SUSPENDIDOS CON MÍNIMO 8 DÍAS DE ANTICIPACIÓN.**

**¡IMPORTANTE!** si en los días anteriores a la cirugía presenta algún trastorno de salud (fiebre, gripa, tos o cualquier otra enfermedad o tiene algún inconveniente), informar al área de programación para suspender o cancelar la misma y programar una nueva fecha de cirugía. Comunicarse a la línea telefónica **606 3400708** en horario de 7:00am a 12:00m y de 1:00pm a 4:30pm solo para cancelaciones, reprogramaciones o información asociada.

Debe presentarse **20 MINUTOS** antes del procedimiento.


**FECHA DE LA CIRUGIA:**

Día	Mes	Año	Hora

**LUGAR:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL ESPECIALISTA:** \_\_\_\_\_

Nombre del funcionario que entrega:	Firma de quien recibe este documento:
-------------------------------------	---------------------------------------

	NOMBRE		CÓDIGO <b>06-OD-002</b>
	<b>INDICACIONES AL PACIENTE QUE VA A SER INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE</b>		
	TIPO DE DOCUMENTO <b>MANUAL</b>	PROCESO <b>MISIONAL</b>	VERSIÓN 007

## DERECHOS DEL PACIENTE

1. **Acceder a los servicios** sin que le impongan trámites administrativos adicionales a los de ley.
2. **Que le autoricen y presten** los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de manera oportuna y si usted requiere con necesidad uno que no esté incluido también lo puede recibir.
3. **Recibir por escrito las razones** por las que se niega el servicio de salud
4. **Que, en caso de urgencia,** sea atendido de manera inmediata, sin que le exijan documentos o dinero.
5. **Que atiendan con prioridad** a los menores de 18 años.
6. **Ser orientado** respecto a la entidad que debe prestarle los servicios de salud requeridos.
7. **Que como cotizante** le paguen las licencias y las incapacidades médicas.
8. **Tener protección especial** cuando se padecen enfermedades catastróficas y de alto costo, sin el cobro de copagos.
9. **Que solamente le exijan** su documento de identidad para acceder a los servicios de salud.
10. **Que le informen** dónde y cómo pueden presentar quejas o reclamos sobre la atención en salud prestada.
11. **Recibir un trato digno** sin discriminación alguna.
12. **Recibir los servicios de salud** en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
13. **Recibir durante todo el proceso de la enfermedad,** la mejor asistencia médica disponible.
14. **Recibir servicios continuos,** sin interrupción y de manera integral.
15. **Obtener información clara y oportuna** de su estado de salud, de los servicios que vaya a recibir y de los riesgos del tratamiento.
16. **Recibir una segunda opinión médica** si lo desea y a que su asegurador valore el concepto emitido por un profesional de la salud externo.
17. **Ser informado sobre los costos** de su atención en salud
18. **Recibir o rechazar** apoyo espiritual o moral.
19. **Que se mantenga estricta confidencialidad** sobre su información clínica.
20. **Que usted o la persona que lo represente acepte o rechace** cualquier tratamiento y que su opinión sea tenida en cuenta y respetada.
21. **Que se respete** su voluntad de donar o no sus órganos.

## DEBERES DEL PACIENTE

- a) Cuidar su salud, la de su familia y su comunidad.
- b) Cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de salud que lo atiendan.
- c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- d) Respetar al personal de salud y cuidar las instalaciones donde le presten dichos servicios.
- e) Cumplir las normas y actuar de buena fe frente al Sistema de Salud.
- f) Brindar la información requerida para la atención médica y contribuir con los gastos de acuerdo con su capacidad económica.

REQUISITOS PARA UNA CIRUGIA SEGURA NOMBRE DEL EXAMEN O AYUDA DIAGNOSTICA	¿REALIZADO?	
	SI	NO
Cuadro hemático		
Tiempos de coagulación (TP / TPT)		
Electrocardiograma		
Hormona estimulante de Tiroides (TSH)		
Creatinina y Nitrógeno ureico en sangre (BUN)		
Radiografías		
Ecografía		
<b>NOTA:</b> La variedad de exámenes depende de lo ordenado por su médico tratante, de acuerdo con su estado clínico.		