Forma F.M.E. 14.1-94 SOLICITUD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

HOSPITAL LUIS VERNAZA Guayaquil - Ecuador

Apellido Paterno	1 Apellic	lo Meterno	2	Nombres	3	Apellido del Espo	150 4	N'Hiet.Clin. 5
DEPARTAMENTO	HO	SPITALIZA	Cama	Nº C	CONS onsulte	ULTA EXTERNA rio N°	Area	ERGENCIA
DIAGN	IOSTICO I	PREOPERA	TORIC	<u> </u>	<u> </u>	OPER	ACION	
	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,				F	royectada		
Equipos o ins	trumento	e adicionale] Microso] Otros	opio	☐ Radiografia ☐ Ninguno	[] le	tensificador
Tipo de opera	eción:	☐ Limpia	1	🗇 Limpia 🤇	ontami	nada 🛛 Conta	minada	ı □Sucia
RIESGO QUIRURGIO		Reg≀	ılar	Malo	C	LASE		Urgante
Duración aproximad	a de la op	eración:	<u></u>		۱	EQÜİ	O OP	ERATORIO
	FECH.	A S						
De la solicitud:	Mes	Día		Hore		Ajuuanios		· ·
A Realizarse:	Mes	Dia		Hora		Anestesiólogo:		
Recepción de la Solicitud	Mos	Dia	;	Hora	_	Cirujano suplente:		
Jefe del S	Servicio	<u>. </u>		Ace	teción	·		Cirujano
No serán aceptad	las las so	licitudes lie	nadas	en forma	incomp	ileta.		
Forms F.M.E.	14.1 - 94				8	OLICITUD DE INTERVI	NCION	QUIRURGICA

IMPRESOS JUNBENGQUIL

Forma F.M.E. 41.1 AUTORIZACIÓN PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

JUNTA DE BENEFILANLIA DE GUAYAQUIL Hospital Luis Vernaza Guayaquil, Ecuador

	Apellido daterno	- Nombies		Apeliido t	IET ESPON	No. de H.C.
j						
rtemento	Area	Camo No.	Opervaciones:		·	T
		1		3		
			1	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
,		•				
			•			
:						V.
				¥.		
·	Autoriz	o, bajo mi n	esponsabilidad.	al Personal	10.10	
*5	Médico	del Hospital I	Luis Vernaza p	ara que pro-		
		realizar la inter				
			•			*
		· · · · ·				
	· ·					
						
•	•			*		
	•		170 20000022000	to the state of th	•	
		ue al moment	o se considera	necesaria o		
	aconsej			***********		0 7
	He sid	o informado	de los riesgos,	nberandolos		
•	de res	ponsahilidad (lutura por lo	s cesultados.		
· .	de rês	sponsabilidad (futura por to	s resultados.		
: .	de rên	sponsabilid a d (lutura por to	s resultados.		. 1
	de rês	ponsabilidæd (lutura por to	s resultados.		, i
: .	de re	ponsabilidad (lutura por lo	s resultados.		
; .	de re	ponsabilidad (Autura por to	s resultadris.		
: .	de re	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Autura por to	s resultados.		
: .	de res	Firma d		s resultados.		
: .	de re	Firma d	lel Paciente	s resultados.		
: .		Firma d	lel Paciente d. No.	s resultados.	.R	
		Firma d	lel Paciente d. No.	s resultados.	.R	
		Firma d	lel Paciente d. No.	s resultados.	.R	
		Firma d	lel Paciente d. No.	s resultados.	R	
	SI EL PACIE	Firma d Ce nte es menor de	lel Paciente d. No. s edad c esta (M	s r esulta dos.	. Pe	No, de Céduta de
		Firma d Ce nte es menor de	lel Paciente d. No. s edad c esta (M	s resultados.	.R	No, de Cédula de Ciudadanía
	SI EL PACIE	Firma d Ce nte es menor de	lel Paciente d. No. s edad c esta (M	s r esulta dos.	R	
FAMILIAR O	SI EL PACIE	Firma d Ce nte es menor de	lel Paciente d. No. s edad c esta (M	s r esulta dos.	R	
FAMILIAR O REPRESENTANT	SI EL PACIE	Firms o Ce inte es menor di	lel Paciente d. No. s edad c esta (M	s resultados. PEDIDO DE FIRMA		
	SI EL PACIE	Firms o Ce inte es menor di	lel Paciente d. No. s edad c esta (M	s r esulta dos.		
	SI EL PACIE	Firms o Ce inte es menor di	lel Paciente d. No. s edad c esta (M	s resultados. PEDIDO DE FIRMA		
	SI EL PACIE	Firms o Ce inte es menor di	lel Paciente d. No. s edad c esta (M	s resultados. PEDIDO DE FIRMA		
REPRESENTANT	SI EL PACIE	Firms o Ce inte es menor di	lel Paciente d. No. s edad c esta (M	s resultados. PEDIDO DE FIRMA		
REPRESENTANT	SI EL PACIE	Firms o Ce inte es menor di	lel Paciente d. No. s edad c esta (M	s resultados. PEDIDO DE FIRMA		

IMPRESOS JUNBENGQUIL

Forma F.M.E. 13.0 REGISTRO DE ANESTESIA

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL HOSPITAL LUIS VERNAZA GUAYAQUIL, ECUADOR

Аре	ellido Paterno 1	Apel	ido I	Mater	rna			2	Non	nbre	15						3	Apt	HIII	del	Евро	25 0	4 1	Hal	stor	ta Ci	ínico	5
Ä	Fecha No Mes Día	Quire	ifano	No.	An	estes	i di og)0						Tecn	o lo	0						bre	rvac	ione	1			. "
н	ora al comenzar		1	5	30		45	1		15		30		45	3	Ł	15		30	45	ś	3		15	3	0	4.5	
OTROS SIGNOS VITALES	PRESION ARTERIAL Moxima V Minima A PULSU RESPIRACIONES Espontanea () Asistida Ø Controlada TEMPERATURA A PRESION VENOSA -	SUP 210 200 190 180 170 160 150 100 100 50														\vdash												
ANEST, 01	BOMBA OPERACION ⊙ ANESTESIA ×, ⊗	40 30 20 10																										
≉LUIDOS																												
DROGAS																						+					-	
	SCRIPCION DE LA ANEST			uid ed	a ;	□ €	p i du r	al,	; [j Lo	ic al	; [] R4	rgia	nal;) OH 1	· .				1051	P 2121	ta				

FORMA : F.M E- 13.0

IMPRESOS JUNBENGOLIE. REGISTRO DE ANESTESIA

Forma F.M.E. 14.0 PROTOCOLO DE OPERACIÓN

do Paterno	1 Apellido Materno	2 No.	mbres		3	Apallid	lo del Esp	050 (No U.S	toria Clínica
do Paterilo	Apenido materno	2 NO	iibi es		3	Арента	io dei e sp	030 4	190.1113	toria opinica
tamento	Area	Qui	rofanc No.	Año	Mes		Día	Iniciac	Hora	De Terminación
*	X I		Prin	nera						
no:			Segu	rumentista : unda			-			
r Ayudante:			Inst	rumentista:					-	
do Ayudante:			Circ	ulante:						
OSTICO POST-OPERA	TORIO:		OPE	RACION REA	ALIZADA:					
NI OLO DE LA MIL	RVENCION :									
	AVENOION .									
	AVENOION									
	AVENOION									
	AVENOION									
	AVENOION									
	AVENOION									
						Dt				
						Or	Firma d	del Ciruj	jano	
do Por:		(CONTINUA Fecha del Dic	AL REVE	rso)		Or		del Ciruj	jano	