

FOJA PREQUIRURGICA

DATOS PERSONALES

Apellido		Nombre	
DNI/LC/LE/CI/PAS		Nro. HC	

DATOS DE INTERNACIÓN

Servicio a cargo	
Médico solicitante	

ESTUDIOS

Laboratorio

Realizado por		Fecha	
Hemograma completo		FAL	
Glicemia		Bilirrubina TyF	
Urea		Amilasa	
Creatinina		TGO-TGP	
Ionograma		Tp-Kptt	

Hemoterapia

Fecha		Tipificación GyF	
Dadores			
Firma Hemoterapia			

Radiología

Realizado por		Fecha	
---------------	--	-------	--

Cardiología

Evaluated por		Fecha	
Goldman			
Solicitud de otros estudios			

Anestesia

Evaluated por		Fecha	
ASA			
Solicitud de otros estudios			

Otros estudios

Neumonología, evaluado por		Fecha	
Espirometría			