

Solicitud de pabellón

Hora ingreso: ____:____ Hora hospitalización: ____:____ Hora solicitud pabellón: ____:____

Datos del Paciente:

Nombre: _____

RUT: _____ - _____ Edad: _____

Servicio de Origen: Unidad de Emergencia Infantil Sala: _____

Diagnostico Preoperatorio: _____

Tiempo Operatoria: _____

(*) Observaciones:

¿Presenta algún tipo de Precaución? SI ____ NO ____ ¿Cuál? _____
Microorganismo: _____

Alergia al Látex: SI ____ NO ____

Transfusión: SI ____ NO ____ Cantidad: _____

Requerimientos: _____

Datos Médico Tratante:

Nombre Médico Solicitante: _____

Nombre Médico de Turno Servicio de Urgencia Infantil: _____

Medico de Turno Servicio de Urgencia Infantil en conocimiento de solicitud: SI ____ NO ____

Destino Post Operatorio del Paciente: _____

Cupo UCI ____ UTI ____ Sala ____ solicitado a Médico residente: SI ____ NO ____

Nombre Médico Residente del Servicio de destino: _____

Cirugía (completar por Enfermero/a de turno)

Realizada sin inconvenientes: SI ____ NO ____

Observaciones:

Enfermero/a de Turno que recibe solicitud: _____

Fecha: ____ / ____ / ____