



PEDIDO DE CIRUGÍA

Nro. de Historia Clínica

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____

Institución _____ Afiliado N°: _____

Diagnóstico _____

Celular _____

Cirugía _____

Códigos _____ Modulo _____

Fecha de cirugía: _____
Horario a presentarse en IORLARAUZ: _____ hs

Anestesia:	Local <input type="checkbox"/>	General <input type="checkbox"/>			
Monitoreo Intra Operatorio:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Unidad de Terapia Intensiva:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	De ____ HS		
Transfusión:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Autotransfusión:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Anatomopatólogo (biopsia x congelación):	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Internación en pensión por _____ Hrs.					
Laser:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Monitoreo Nervio Facial:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			

Paciente del IORLARAUZ:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

FIRMA Y SELLO

IMPORTANTE: Solicitamos nos envíe el pedido de cirugía junto con la autorización de la cirugía por correo electrónico a: facturación@iorlarauz.com.ar, con un mínimo 48 Hs de antelación a la fecha de la cirugía. Agregar en el cuerpo del mail: DNI y Fecha de nacimiento del paciente
El día de la cirugía presentarse con 8 horas de ayuno, con los estudios previos y documentación personal (DNI, Credencial de la cobertura Médica, etc.). Por cualquier consulta administrativa, puede comunicarse con el sector de Admisión al teléfono: 2206-1450 interno 1050/1031 o por mail a: admision@iorlarauz.com.ar

Tte. Gral J. D. Perón 2150 - C.A.B.A
CENTRAL DE TURNOS: 2206-1400 - CONMUTADOR: 2206-1450

WWW.IORLARAUZ.COM.AR