



PEDIDO DE CIRUGÍA

Nro. de Historia Clínica o DNI

Paciente del IORL ARAUZ:

SI NO

El Cirujano operó con anterioridad al paciente?

NO SI

Donde y De que?

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____

Institución _____ Afiliado N°: _____

Diagnóstico _____

Celular _____

Cirugía _____

Códigos _____ Modulo _____

Fecha de cirugía: _____

Horario a presentarse en IORL ARAUZ: _____ hs

Anestesia: Local General

Monitoreo Intra Operatorio: SI NO

Unidad de Terapia Intensiva: SI NO De ____ HS

Transfusión: SI NO Autotransfusión: SI NO

Anatomopatólogo (biopsia x congelación): SI NO

Internación en pensión por _____ Hrs.

Laser: SI NO

Monitoreo Nervio Facial: SI NO

Enfermedades Prexistentes: NO SI: Alergia al latex

Enf. con Riesgo Biológico Otras: _____

FIRMA Y SELLO

IMPORTANTE: Solicitamos nos envíe el pedido de cirugía junto con la autorización de la cirugía por correo electrónico a: cirugia@iorlarauez.com.ar y a facturación@iorlarauez.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: admission@iorlarauez.com.ar

Tte. Gral J. D. Perón 2150 - C.A.B.A

CENTRAL DE TURNOS: 2206-1400 - CONMUTADOR: 2206-1450

WWW.IORLARAUEZ.COM.AR