



PEDIDO DE CIRUGÍA

Fecha de emision: _____ Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento : _____ DNI: _____

Cobertura: _____ Afiliado N°: _____ HC: _____

Diagnóstico: _____

Cirugía: _____

Celular : _____ Email : _____

Paciente del IORLARAUZ : SI / NO -- Factura Honorarios a traves del IORLARAUZ : SI / NO

FECHA DE CIRUGIA : _____

Horario a presentarse en IORLARAUZ: _____ 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 Habitación por 24 hs : SI / NO Internacion en Reposorio : SI / NO

Uso de Laser: SI / NO

Prtesis : SI / NO _____

Monitoreo Nervio Facial: SI / NO

El Cirujano operó con anterioridad al paciente ? SI / NO

Donde ? _____ Que Intervencion? : _____

Enfermedades Prexistentes: SI / NO

Alergia al latex : SI / NO

Enf. con Riesgo Biologico: SI / NO

Otras: _____

FIRMA Y SELLO

IMPORTANTE: Solicitamos nos envíe el pedido de cirugía junto con la autorización de la cirugía por correo electrónico a: [cirugia@iorlarauz.com.ar](mailto:cirurgia@iorlarauz.com.ar), quiروفano@iorlarauz.com.ar y a facturacion@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 1050/1030 o por mail a: admission@iorlarauz.com.ar

