Version 07. 2025

PEDIDO DE CIRUGÍA

Fecha de emision: **Nombre del Paciente:**

Fecha de nacimiento: **DNI:**

Cobertura: **PLAN:** **Afiliado N°:** **HC:**

Diagnóstico:

Cirugía:

Celular: **Email:**

Paciente del IORLARAUZ: SI / NO -- Factura Honorarios a través 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 **Internación en Reposorio :SI/NO**

Uso de Laser: SI / NO

Prótesis: SI/NO_____ **Equip Alta tecnología : SI /No _____**

Monitoreo Nervio Facial: SI /NO _____

El Cirujano operó con anterioridad al paciente? SI / NO - Quien lo opero? _____
Dónde? _____ **Que Intervención?_____**
Enfermedades Prexistentes: SI / NO **Alergia al látex :SI/NO**
Enf.con Riesgo Biológico: SI/NO _____Otras:_____

Usuario:_____

_____
FIRMA Y SELLO Profesional

IMPORTANTE: Solicitamos nos envíe el pedido de cirugía junto con la autorización de la cirugía por correo electrónico a: **cirugia@iorlarauz.com.ar , jefa.quirofano@iorlarauz.com.ar, facturacion@iorlarauz.com.ar, admision@iorlarauz.com.ar, coordinacion.admision@iorlarauz.com.ar, coordinadora.administrativa@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: **admision@iorlarauz.com.ar/ coordinacion.admision@iorlarauz.com.ar**

Tte. Gral. J. D. Perón 2150 - C.A.B.A
Coord. administrativa Médicos IORL: 2206-1450 Int 2594 WA 11 2356- 7815
Coord. administrativa Médicos Externos : 2206- 1450 Int 1030 WA 11 5063-
7865coordinadora.administrativa@iorlarauz.com.ar // coordinacion.admision@iorlarauz.com.ar