



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 Sanatorio IORLARAUZ - JD Peron 2150 CABA : _____ hs.

Anestesia: Local: SI -- NO General: SI -- NO

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 hasta 24 hs: SI -- NO Internación Ambulatoria: SI -- NO

Uso de Laser: SI -- NO

Prótesis: SI -- NO _____ Equipo 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: coordinacion.cirugias@iorlarauz.com.ar , cirugia@iorlarauz.com.ar , facturacion@iorlarauz.com.ar, admission@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 físico del paciente o del padre y/o tutores y Credencial virtual de la cobertura Médica).

Por cualquier consulta administrativa, pueden comunicarse con la **Coordinación de Cirugias** de Lunes a viernes de 8 a 17 hs al tel: 2206-1450 Interno 1050 o via **WA 11 2356 7815** o por mail a: coordinación.cirugias@iorlarauz.com.ar