

Formulario de Cirugía Programada



Datos del paciente

Apellidos _____

Nombres _____

No. Póliza _____

Datos del procedimiento

Diagnóstico

Nombre del diagnóstico	Código del diagnóstico

Procedimientos a realizar

Nombre de procedimiento	Código del procedimiento

Nombre de la clínica: _____

Fecha programada de la cirugía _____
Día mes año

Presupuesto del procedimiento

Cirujano _____

Ayudante _____

Anestesista _____

Por favor, adjuntar exámenes y resultados de respaldo