A. DATOS DE ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. DIAGNÓSTICOS

			CIE
Pre Operatorio:	1.		
	2.		
	3.		
Post Operatorio:	1.		
	2.		
	3.		

C. PROCEDIMIENTO

Electiva		Emergencia		Urgencia	

Proyectado:	
Realizado:	

D. INTEGRANTES DEL EQUIPO QUIRÚRGICO

Cirujano 1:		Instrumentista:	
Cirujano 2:		Circulante:	
Primer Ayudante:		Anestesiologo/a:	
Segundo Ayudante:		Ayudante Anestesia:	
Tercer Ayudante:		Otros:	

E. TIPO ANESTESIA

General		Regional		Sedación		Otros	

F. TIEMPOS QUIRÚRGICOS

FECHA DE OPERACIÓN	DIA	MES	AÑO	HORA DE INICIO	HORA DE TERMINACIÓN

Dieresis:

Exposición y Exploración:

Hallazgos Quirúrgicos:

Procedimiento Quirúrgico:

Procedimiento Quirúrgico:

G. COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Pérdida Sanguínea total: ml **Sangrado aproximado:** ml **Uso de Material Protésico:** SI No

Descripción:

H. EXÁMENES HISTOPATOLÓGICOS

Transquirúrgico:

Biopsia por congelación: SI NO **Resultado:**

Patólogo que reporta:

Histopatológico: SI NO **Muestra:**

I. DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO

J. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	FIRMA	SELLO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN