



**CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA
MEDICINA GENERAL
NOTA PRE-OPERATORIA**

Nombre del paciente:

Edad:

Fecha:

Diagnostico de ingreso:

Sexo:

Hora:

Número de paciente:

Habitación No:

Servicio:

Fecha de la cirugía:

Hora:

Diagnostico (s)

Plan quirúrgico:

Tipo de intervención quirúrgica:

Riesgo quirúrgico (Incluido tabaquismo, alcoholismo, drogas):

Cuidados y plan terapéuticos pre-operatorios:

Pronostico:

Nombre y Firma del Médico