

HISTORIA CLINICA DE ANESTESIA

EVALUCION PREANESTESICA

FECHA: HORA:

APELLIDO Y NOMBRE: EDAD:

OBRA SOCIAL: Nº AFILIADO:

PESO: TALLA: T.A:

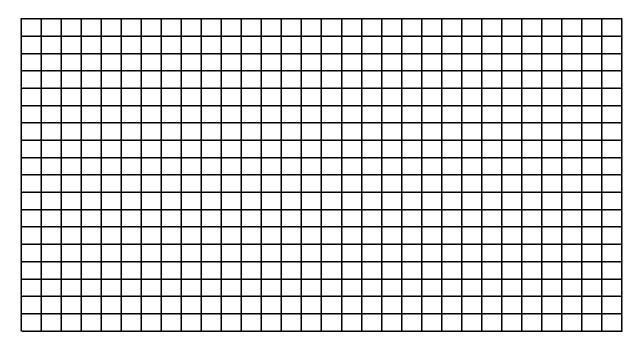
ANTECEDENTES:

ASA:

DIAGNOSTICO: INTERVENCION: CIRUJANO: ANETESIOLOGO:

FICHA ANESTÉSICA:

FECHA: HORA:



AL FINALIZAL EL PROCEDIMIENTO **ALDRETE**:

RECUPERACION: PERMANECE EN OBSERVACION DURANTE min

T.A max min Sat. O2

EL PACIENTE SE RETIRA POR SUS PROPIOS MEDIOS.

FIRMA MEDICO FIRMA PACIENTE