H.R.R.G. HOSPITAL REGIONAL RIO GALLEGOS **FORMULARIO Nº** 000

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES - SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA - HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

SERVICIO DE QUIROFANO

Fecha ☐☐☐

Formulario Estadístico

Apellidos y Nombres:.....	Historia C. Nº.....
.....	Hab.:.....Cama:.....

Código de Diagnóstico:.....

.....

Diagnóstico Escrito:.....

.....

.....

.....

.....

Práctica Realizada:.....

.....

.....

.....

.....

Código de Práctica:.....

.....

.....

.....

Complejidad Anestésica:.....

.....

.....

.....

..... Firma del Cirujano

..... Firma del Anestesiólogo