

Formulario para arrendamiento de block quirúrgico



DIVISIÓN COMERCIAL DEPARTAMENTO VENTA DE SERVICIOS

REQUISITOS PARA PRESUPUESTAR ARRENDAMIENTO DE B.Q.

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE:

NÚMERO DE C.J.P.P.U.:

TELÉFONO DE CONTACTO:

DATOS DEL PACIENTE:

APELLIDOS

NOMBRES:

C.I.:

TELÉFONO:

DATOS DEL PROCEDIMIENTO:

DESCRIPCIÓN DE LA CIRUGÍA:

TIPO DE ANESTESIA:

FECHA ESTIMADA DE INTERNACIÓN:

INGRESO

EGRESO

/ /

/ /

USO DE MATERIAL ESPECIAL:

(Endoscopio, Stens, Instrumental, etc.)

SOLICITUD DE ESTUDIOS:

*LABORATORIO:

*IMAGENOLOGÍA:

*OTROS:

DONANTES DE SANGRE:

HEMODERIVADOS: