|  |  |
| --- | --- |
|  | **HOJA HOSPITALIZACIÓN** |
| FECHA N° DE FICHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT NOMBRE EDAD TELÉFONO 1 TELÉFONO 2 | |
| ANAMNESIS  ANTECEDENTES MÓRBIDOS  ALERGIAS ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS EXÁMEN FÍSICO DIAGNÓSTICOS DE INGRESO  CIRUGÍA/ PROCEDIMIENTO FECHA  HORA | |
| **CATEGORIZACIÓN RIESGO ETE\***  BAJO MEDIO ALTO MUY ALTO  *\*Revisar documento Programa de Prevención de enfermedad Tromboembólica en pacientes quirúrgicos*  **PROFILAXIS** NO REQUIERE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS  MANGA COMP. NEUMÁTICA HBPM OTRA | |
| **INDICACIONES**  HOSPITALIZACIÓN EN AISLAMIENTO SI NO  TIPO AISLAMIENTO TIPO DE REPOSO RÉGIMEN NOMBRE DEL MÉDICO/ CIRUJANO  FIRMA MÉDICO/ CIRUJANO  *Marcar casilleros correspondientes con* X | |

Versión 2022