|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 NOTIPO AISLAMIENTO TIPO DE REPOSO RÉGIMEN NOMBRE DEL MÉDICO/ CIRUJANO FIRMA MÉDICO/ CIRUJANO *Marcar casilleros correspondientes con* X |

Versión 2022