



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Materia:

MEDICINA FORENSE

NOTA PREQUIRURGICA

Docente:

KARINA ROMERO SOLORZANO

Alumno: Alfredo Morales Julián

5-B

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 10/09/2021.



HOSPITAL GENERAL MA. I. GANDULFO
COMITAN, CHIAPAS.

AUTORIZACION, SOLICITUD Y
REGISTRO DE INTERVENCION QUIRURGICA

SERVICIO		CAMA NUMERO
FECHA DE SOLICITUD	FECHA SOLICITADA	HORA DEBERADA
10-25-2011	10-25-11	13:30

Empty box for patient identification or notes.

Alfredo Morales Juhán R326AMJ
NOMBRE Y CLAVE DEL MEDICO CIRUJANO

AUTORIZACION DEL PACIENTE

Autorizo a los Médicos del Hospital General, Comitán, Chiapas, para que efectúen las intervenciones quirúrgicas que sean necesarias para el alivio o curación de mi padecimiento: en la inteligencia de que no desconozco los riesgos a que quedo sujeto por el procedimiento quirúrgico y anestésico.

[Signature]

FIRMA DEL PACIENTE

[Signature]

FIRMA DE LA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE

SOLICITUD DE OPERACION

Diagnóstico preoperatorio: *Quiste maxilar de 70 años de edad, dolor a la palpación por un dolor abdominal en la zona derecha de la vida, todo esto desde diagnóstico de quiste, ya sin ninguna molestia importante ni molestias.*

Operación proyectada: *Exéresis de quiste y fístulo de la vida con sus anexos y biopsia.*

ELECTIVA () URGENCIA ()

Ayudantes: *Dr. Alfredo Morales* *Dr. Luis Lopez* *Dr. Luis Portales*

Sangre Tipo () Grupo A En Quirófano () En Reserva ()

Anestesia sugerida: Local () Regional () General (X)

Firma del jefe de Servicio: *[Signature]*

PROGRAMACION DEL QUIROFANO

Dia: *Jueves 11 de octubre* Hora: *7:00* Sala: *7*

Firma del Jefe Encargado del Quirófano: *[Signature]*