## ETIQUETA IDENTIFICATRIVA DEL PACIENTE

## EVALUACIÓN PREOPERATORIA

Fecha prevista intervención:			Edad/ f	Edad/ fecha de nacimiento:		
PESO	TALLA	LLA		SUPERFICIE CORPORAL		
ANALITICA RECI	ENTE: 1	Hto	Hb	Pla	quetas	
** Otros de interés:						
ANTECEDENTES	PERSONALE	es:				
Diabetes	<b>Н.</b> А			Otros de interés:		
ACV	EP0	OC		Vasc. Periféricos		
INFORMES ADIC	CIONALES:					
Ecocardiograma						
Estudio Hemodinán	nico:					
F.E						
Reintervenciones _				Alergias		
Tratamiento Farma	icológico a des	tacar:				
TIPO DE INTERVI	ENCION					
** Estudio de coagu	ilación nrevio	o día de in	tervención			
Listadio de coaga	nacion previo	o dia de m	ter vencion			
NOTAS						
Visita mass seeds !	į.					
Visita preoperatoria	si		no			

Se diseña este listado de Evaluación preoperatoria, como sugerencias mínimas PRE-CEC en la práctica de Perfusión clínica. Cada institución debe adaptarla a sus propios requisitos