INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES

SECCIÓN CONTROL DE INVENTARIOS

**Solicitud de Cirugía por Caída de Paciente**

(FAVOR DE LLENAR LOS CAMPOS CON LETRA DE MOLDE Y/ O SISTEMA)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL INCIDENTE (Datos del Paciente)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del Accidentado y/o Paciente:**  (Marque con una X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Edad** | | **Sexo** | | **Fecha de Nacimiento** | | | | | | | | | | | | | | **Número de Registro del Paciente** | | |
| F | M |
| **DATOS DEL MÉDICO CIRUJANO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del Médico:** | | | | | | | | | | | | **Cédula Profesional:** | | | | | | | | | |
| **Servicio ó Especialidad:** | | | | | | | | | | | | | **Teléfono y/o Ext.** | | | | | | | |
| **Correo Electrónico:** | | | | | | | | | | | | | | | **Horario o Turno:** | | | | | |
| **Solicitud de Estudios de Laboratorio, Gabinete, y/o Diagnóstico Médico e Intervenciones.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Estudios a Solicitar :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo de Cirugía a Realizar:**   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | **Notas de Evolución:** | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | **Información complementada por el Médico Especialista que realizará la Intervención** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Se requiere material quirúrgico especializado?:** ( Marque con una X) | | | | | | | |  | | | SI | | | | | |  | NO | | | |
| **Nombre de quien lo Solicita:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Especifique Material solicitado:** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Cantidad** | | | **Monto ( $ )**  **Si se tiene** | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| **Nombre del Proveedor:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Telefono:** | | | | | **Correo Electronico:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El Paciente requiere continuidad de atención médica en el Instituto? :**  (Marque con una X) | | | | |  | **SI** |  | | | **NO** | | | | **Especialidad:** | | | | | | | |
|  | **Causa:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Conclusión del Trámite** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Especifique la causa de conclusión del trámite:**  ( Marque con una X ) | | | | El Paciente  desistió | | | | Problema solucionado | | | | | | | Deceso | | | Se canaliza a otro hospital a solicitud del Paciente | | |
| **Nombre y Firma del Médico Cirujano Cédula Profesional** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IMPORTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Adjuntar este formulario al **FORMATO RC-CAIDA DE PACIENTE RC-2** y/o entregarlo a la Sección Control de Inventarios en horario de 08:00 a 15:30 de lunes a viernes. 2. Indispensable Adjuntar copia de:  * Identificación Oficial y Gafete Institucional del Médico Cirujano.  1. Dudas y aclaraciones:   Sección Control de Inventarios. -Siniestros-  Planta alta del edificio de Mantenimiento Conserv. y Construcción.  Horario de atención de 8:30 a 15:00 hrs. de lunes a viernes  Teléfono: 5487 0900 Exts. 1735 / 1740  siniestros.innsz@hotmail.com  siniestros.inventarios@incmnsz.mx | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |