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 |