

**SECCIÓN "C" HOSPITALIZACIÓN
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS**

POR FAVOR COMPLETAR TODOS LOS INCISOS

| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO | CÓDIGO |
|------------------------------|-------------------------|
| 1. _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |

| | MÍNIMO | MÁXIMO |
|---|---|--------|
| 2- Horas Quirófano | _____ | _____ |
| 3- Días Intensivo | _____ | _____ |
| 4- Días Piso | _____ | _____ |
| 5- El (los) procedimiento (s) será (n) efectuado (s) por: | <input type="checkbox"/> Médico tratante <input type="checkbox"/> Otro Especialista | |
| 6- Nombre del médico que lo efectuará: _____ | | |
| Colegiado número _____ Teléfono _____ Fax: _____ | | |
| Dirección Electrónica: _____ | | |
| Fecha: _____ Firma: _____ Sello: _____ | | |

| | | |
|--|--|--|
| 7- Nombre del Médico Tratante: _____ | | |
| Colegiado número: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ | | |
| Dirección Electrónica: _____ | | |
| Fecha: _____ Firma: _____ Sello: _____ | | |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| 8- Observaciones: _____ _____ | | |
|----------------------------------|--|--|

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| 9- Video Equipo: Sí _____ No _____ | | |
|---------------------------------------|--|--|

| | | |
|---|--|-------------------------|
| En caso que el procedimiento lo requiera: | | |
| 10- Anestesiólogo: _____ | | Colegiado número: _____ |
| 11- Patólogo: _____ | | Colegiado número: _____ |

| | | |
|---|----------------------|---------------------|
| 12- Ayudantía en Cirugías, (sólo casos especiales): | | |
| Nombre Médico: _____ | Colegiado No.: _____ | Especialidad: _____ |

Por la presente autorizo a cualquier Médico u Hospital y a otras instituciones que proporcionen a MEDIPROCESOS, S.A. cualquier información que soliciten respecto a tratamientos, exámenes, dictamen u hospitalización que yo o cualquiera de mis dependientes haya recibido.

Guatemala, _____ de _____ de _____ Teléfono: _____

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

| | |
|---|---|
| <p><u>IMPORTANTE:</u></p> <p>TODA CIRUGÍA Y/O PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO DEBERÁ TRAMITARSE CON 72 HORAS DE ANTICIPACIÓN. EN CASO DE EMERGENCIA DEBE COMUNICARSE EN EL TÉRMINO DE 24 HORAS.</p> | <p><u>IMPORTANTE:</u></p> <p>TODA SOLICITUD DEBERÁ ENVIARSE AL FAX 2385-7824, 2285-7979 O A LA DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: CORREO@MEDIPROCESOS.COM ÚNICAMENTE MÉDICOS AFILIADOS A RPN PODRÁN SOLICITAR HOSPITALIZACIONES O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO. www.rpnglobal.com</p> |
|---|---|