



### PEDIDO DE CIRUGÍA

Fecha de emision: \_\_\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
Cobertura: \_\_\_\_\_ Afiliado N°: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Cirugía: \_\_\_\_\_  
Celular : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_  
Paciente del IORLARAUZ : SI / NO -- Factura Honorarios a traves del IORLARAUZ : SI /NO

FECHA DE CIRUGIA : \_\_\_\_\_  
Horario a presentarse en IORLARAUZ: \_\_\_\_\_ hs

Anestesia: Local  General   
Monitoreo Intra Operatorio: SI / NO  
Unidad de Terapia Intensiva: SI / NO De \_\_\_\_ HS  
Transfusión: SI / NO Autotransfusión: SI / NO  
Anatomopatólogo (biopsia x congelación): SI / NO  
Internación en Habitación por 24 hs : SI / NO Internacion en Reposorio : SI / NO  
Uso de Laser: SI / NO  
Protesis : SI / NO \_\_\_\_\_  
Monitoreo Nervio Facial: SI / NO

El Cirujano operó con anterioridad al paciente ? SI / NO  
Donde ? \_\_\_\_\_ Que Intervencion? : \_\_\_\_\_  
Enfermedades Prexistentes: SI / NO Alergia al latex : SI / NO  
Enf. con Riesgo Biologico: SI / NO Otras: \_\_\_\_\_

#### FIRMA Y SELLO

**¡¡¡IMPORTANTE!!!** Solicitamos nos envíe el pedido de cirugía junto con la autorización de la cirugía por correo electrónico a: [cirugia@iorlarauz.com.ar](mailto:cirugia@iorlarauz.com.ar) , [jefa.quirofano@iorlarauz.com.ar](mailto:jefa.quirofano@iorlarauz.com.ar), [facturacion@iorlarauz.com.ar](mailto:facturacion@iorlarauz.com.ar) , [admission@iorlarauz.com.ar](mailto:admission@iorlarauz.com.ar) , [coordinacion.admission@iorlarauz.com.ar](mailto:coordinacion.admission@iorlarauz.com.ar), [coordinadora.administrativa@iorlarauz.com.ar](mailto:coordinadora.administrativa@iorlarauz.com.ar) con un mínimo 48 Hs de antelación a la fecha de la cirugía. Agregar en el cuerpo del mail: DNI y Fecha de nacimiento del paciente. El día de la cirugía presentarse con 8 horas de ayuno, con los estudios previos y documentación personal (DNI, Credencial de la cobertura Médica, etc.). Por cualquier consulta administrativa, puede comunicarse con el sector de Admisión al teléfono: 2206-1450 interno 1050/1030 o por mail a: [admission@iorlarauz.com.ar](mailto:admission@iorlarauz.com.ar) / [coordinacion.admission@iorlarauz.com.ar](mailto:coordinacion.admission@iorlarauz.com.ar)

Tte. Gral J. D. Perón 2150 - C.A.B.A

Coord administrativa Medicos IORL : 2206-1450 Int 2594 WA 11 2356- 7815

Coord administrativa Medicos Externos : 2206- 1450 Int 1030 WA 11 5063-7865

[coordinadora.administrativa@iorlarauz.com.ar](mailto:coordinadora.administrativa@iorlarauz.com.ar) // [coordinacion.admission@iorlarauz.com.ar](mailto:coordinacion.admission@iorlarauz.com.ar)