DIA	MES	AÑO

ORDEN MÉDICA DE PRE-ADMISION Y HOSPITALIZACIÓN

A. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO: _____

RUT: _____ EDAD: _____ TELÉFONO: _____ / _____

FINANCIADOR

BENEFICIARIO FF. AA ☐ CONVENIOS ☐ ISAPRE ☐ FONASA ☐ BONO PAD ☐ OTROS ☐

B. DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

FECHA HOSPITALIZACIÓN	
FECHA CIRUGIA Y/O PROCEDIMIENTO	
HORA ESTIMADA DE CIRUGÍA	

CANTIDAD DE DÍAS APROXIMADOS DE HOSPITALIZACIÓN	

SE DEBE HOSPITALIZAR EN (MARQUE CON UNA X):

Ambulatorio sin cama **(Alta desde post anestesia /Máximo 4 hrs)** ☐	Medicina ☐	Geriatría ☐	U Coronaria ☐
Ambulatorio con cama **(Post anestesia prolongada /Máximo 12 hrs)** ☐	Cirugía ☐	Intermedio Médico ☐	UCI ☐
Ginecología ☐	Pensionado ☐	Intermedio Quirúrgico ☐	Pediatría ☐

C. DATOS DE LA INTERVENCIÓN Y/O PROCEDIMIENTO

DIAGNOSTICO CIE 10: _____

NOMBRE CIRUGÍA Y/O PROCEDIMIENTO _____

INDICACIONES GENERALES DE INGRESO

MEDICAMENTOS A SUSPENDER	DIAS DE SUSPENSIÓN PREVIOS A LA CIRUGIA
ASPIRINA O GINKOBILOBA	
METFORMINA	
ANTICOAGULANTES	

HORAS DE AYUNO (de líquidos y sólidos)

OTROS: _____

_____

USTED **NO** DEBE SUSPENDER: _____

_____

Requiere dadores de sangre: SI ☐ Cuantos: _____ NO ☐

Requiere insumos especiales: SI ☐ Donde compra _____ NO ☐

Requiere autorización de Contraloría Médico-Dental: SI ☐ NO ☐

_____

Médico Tratante (nombre y firma)

INDICACIONES PARA LA PRE – ADMISION

Importante:

El día que su médico le entregue esta orden, se ruega tomar contacto con el departamento de admisión de nuestro hospital ubicado en la entrada principal frente a la fuente de agua o vía correo electrónico a carla.ortega@fach.mil.cl, javiera.martinezquezada@fach.mil.cl.

Para asegurar el éxito de su cirugía y/o procedimiento usted debe **realizar** el proceso de Pre-admisión con al menos con **72 horas** de anticipación a la fecha de la intervención. Con el objetivo de contar con toda la documentación necesaria para su ingreso.

El día de hospitalización:
El día anterior de su cirugía después de mediodía, un ejecutivo de admisión tomará contacto con el paciente o familiar responsable vía telefónica y/o WhatsApp para confirmar la hora de presentación en Admisión. Le sugerimos venir acompañado (una persona mayor de edad).
Los pacientes pediátricos menores de 14 años 11meses y 29 días deben permanecer con un adulto familiar significativo durante toda su estadía (día y noche).

Además, debe cumplir con las indicaciones médicas preoperatorias que su médico sugirió en la orden médica (ayuno, suspensión de medicamentos, etc.) y traer sus exámenes de laboratorio e imagenología.
Asimismo, debe traer sus útiles de aseo personal, (pijama, zapatillas de levantar, bata). Debe asistir con uñas cortas y sin esmalte, baño matinal y lavado de cabello, vista ropa y calzado cómodo.
No traer dinero, objetos de valor, joyas, artículos electrónicos; elementos como placas dentales y/o audífonos deben ser informados a la Enfermera del piso. El Hospital no se hará responsable por pérdidas de los elementos antes mencionados.

El día de su ingreso, se le solicitará:

- ✓ Paciente Beneficiario FF. AA: Cédula de identidad, credencial de salud militar, orden médica de hospitalización, autorización de contraloría médico- dental (si corresponde), carta de resguardo.

- ✓ Paciente Convenio: Cédula de identidad, orden médica hospitalización, carta de resguardo.

- ✓ Paciente Particular: Cédula de identidad, orden médica de hospitalización, Bono Pad (si corresponde).

Saluda a UD.,
DEPTO. ADMISIÓN

DIRECCIÓN: AV. LAS CONDES 8631, LAS CONDES, REGIÓN METROPOLITANA.
FONO CONTACTO
ADMISIÓN: (56 2) 29766441 - (56 2) 29766644 - (56 2) 29766520 - (56 2) 29766442
(56 9) 64094507 (SÓLO WHATSAPP)
INFORMACIONES: (56 2) 29766056