



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
UNIDADES DE INTERNACION, QUIROFANO, CRITICOS Y URGENCIAS
SOLICITUD DE TURNO DE QUIROFANO

Formato HC1
Versión 1
2014

Pag:

Nº Historia Clínica: 1061719189

Folio: 9

Fecha: 17/09/2024 08:58

Nº Ingreso: 562

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: DIEGO ALEXANDER NARVAEZ LEDESMA

Fecha Nacimiento: 29/marzo/1989

Edad: 35 Años \ 5 Meses \ 20 Días

Identificación: 1061719189

Género: Masculino

Estado Civil: Soltero

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ASMET SALUD EPS SAS

Régimen: Regimen_Simplificado

DATOS DEL INGRESO

Responsable: PAOLA PARUMA

Parentesco Resp: NOVIA

Finalidad Consulta: No_Aplica

Acompañante: PAOLA PARUMA

Teléfono Resp: 3017660100

Nº Ingreso: 5626429 Fecha: 16/09/2024 10:00:4

Causa Externa: Enfermedad_General

Teléfono Acomp: 3017660100

Servicio: URGENCIAS ADULTOS

Cama: UADR55

Fecha y hora de solicitud del turno:	Fecha y hora de recepción del turno en cirugía				Tiempo calculado de cirugía
17/09/2024 08:50:15	dd	mm	aa	hora	01:00

Caracter del Procedimiento: Urgencia Especialidad que solicita el turno: 514 ORTOPEDIA Y TRAUM

Prioridad : 2 Lateralidad: Derecha

Criterio clínico mayor que determina la prioridad de la urgencia: LUXOFRACTURA TRIMALEOLAR DEL TOBILLO

Tipo de anestesia requerida:

Raquidea Otra, Cual:

Nombre y Apellidos del profesional que se

GYHILL MENESES GAVIRIA

Diagnostico Preoperatorio: S930 LUXACION DE LA ARTICULACION DEL TOBILLO

PACIENTE ONCOLOGICO:

DX:

PROCEDIMIENTOS QX A REALIZAR

CUPS	SOAT /INT	DETALLE
------	-----------	---------

790703	13560	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA
--------	-------	--

REQUERIMIENTOS ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO

Con los siguientes dispositivos especifique:

Nombre del Dispositivo	Tipo o especificaciones	Cantidad o Tamaño
☐ Recargas (DI)		
☐ Malla (DI)		
☐ Válvulas (DI)		
☐ Injertos Vasculares (DI)		
☐ Stent (DI)		
☐ Sistema VAC		
☐ Otro dispositivo, cual:		

Resultados de ayudas Dx	Imagenología: . Especifique:	Laboratorio Clínico o patología: . Es
-------------------------	------------------------------	---------------------------------------

Hemocomponentes	☐ Requiere Cruce y Reserva	Tipo	Unidad
		☐ Glóbulos Rojos	
		☐ Plasma Fresco	
		☐ Plaquetas	

REQUERIMIENTOS ADICIONALES PARA CIRUGIA ELECTIVA INCLUIDA CONSULTA EXTERNA

Hospitalización	Tipo Estancia Requerida	Necesita Aislamiento
☐ Estancia Prequirúrgica		