

FORMULARIO Fecha: 21/07/2022	OP2 - HISTORIA CLINICA DEL POTENCIAL DONANTE	 CUCAIBA Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires
Rev. 00	página 1 de 8	MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Servicio Provincial de Procuración

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hora</i>		Folio N°	
			:			
Institución:				Localidad:		
.....				Servicio: Tel:		
Denunciante:						
Potencial Donante:				DNI:		
Fecha nacimiento:	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	Edad:	Sexo:	Cama:

Causa de muerte

.....

Ingreso y estado actual

Motivo de ingreso:

Cirugía:

.....

TA: FC: TEMP: TAC:

Antecedentes patológicos

Cardiovasculares: Respiratorios:

Hábitos: Neoplasias:

DBT: HTA:

Otros:

Tratamientos:

[illegible]

[illegible]

Servicio Provincial de Procuración

Indicaciones médicas

Aclarar hora, firma y sello en cada indicación.

Area for medical indications with horizontal dashed lines for text entry.

FORMULARIO Fecha: 21/07/2022		 CUCAIBA Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires
OP2 - HISTORIA CLINICA DEL POTENCIAL DONANTE		
Rev. 00	página 8 de 8	MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Servicio Provincial de Procuración

Exámenes complementarios

Para pegar protocolos de laboratorio, protocolo de grupo sanguíneo, electrocardiograma, etc.