

FORMATO PARA SOLICITUD DE  
MATERIAL QUIRÚRGICO



Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico tratante: \_\_\_\_\_

Institución Médica u Hospital de procedencia: \_\_\_\_\_

Material solicitado: \_\_\_\_\_

Procedimiento quirúrgico a realizar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha tentativa para intervención quirúrgica: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Expectativa del médico al realizar la intervención quirúrgica a:

- Corto plazo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Mediano plazo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Largo plazo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma y Cédula Profesional del Médico