



**C.M.Q. BAYOS S.A.**  
**HOJA FRONTAL**  
**EPS**

CÓDIGO  
 CEP-FHP-001

HOJA  
 1 DE 9

VERSION  
 004

FECHA DD \_\_\_\_ MM \_\_\_\_ AA \_\_\_\_ ENTIDAD: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

CC \_\_\_\_ TI \_\_\_\_ CE \_\_\_\_ PA \_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ NÚMERO DE INGRESO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

CIRUJANO: \_\_\_\_\_

ANESTESIOLOGO: \_\_\_\_\_

HORA PROGRAMADA \_\_\_\_\_ HORA DE INICIO \_\_\_\_\_ HORA FINAL \_\_\_\_\_

PRIMER PROCEDIMIENTO DEL DÍA DEL CIRUJANO: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ SE PRESENTO RETRASO: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

CAUSA DEL RETRASO: \_\_\_\_\_

TIPO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

SUTURAS

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

SV INGRESO PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ SO2: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA \_\_\_\_\_

POLIZA SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ VALOR: \_\_\_\_\_ CONCEPTO: \_\_\_\_\_

HEMODILUCION SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ CANT \_\_\_\_\_

HEMOVAC SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ CANT \_\_\_\_\_

HABITACION SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ CANT \_\_\_\_\_

FRAXIPARINA SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ CANT \_\_\_\_\_

OTROS: MEDIAS \_\_\_\_ VOLUVEN \_\_\_\_ PARACETAMOL \_\_\_\_ PATOLOGIAS \_\_\_\_ INCENTIVO RESP \_\_\_\_

ACIDO TRANEX \_\_\_\_ GLUCOMETRIA \_\_\_\_ EKG \_\_\_\_ FRASCOS: P \_\_\_\_ M \_\_\_\_ G \_\_\_\_

LABORATORIOS \_\_\_\_\_

ENFERMERA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 MEDICO CIRUJANO

\_\_\_\_\_  
 MEDICO ANESTESIÓLOGO

ELABORADO POR:  
 Personal enfermería Clínica Pinar

FECHA DE ELABORACION:  
 Noviembre de 2006

REVISADO POR:  
 Jefe de calidad

FECHA DE REVISION:  
 Agosto 2021

APROBADO POR:  
 Comité de calidad

FECHA DE APROBACION:  
 Septiembre 2021





**C.M.Q. BAYOS S.A.**  
**VALORACIÓN PRE-ANESTESICA EPS**

CÓDIGO  
CEP-FVPAP-001

HOJA  
2 DE 9

VERSION  
006

**DATOS GENERALES**

Fecha: DD \_\_\_ MM \_\_\_ AA \_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 CC \_\_\_ TI \_\_\_ CE \_\_\_ PA \_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Tipo de sangre (como aparece en la cédula): \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ EPS a la que pertenece: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad de residencia \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Es testigo de Jehová: SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 Nombre y teléfono de familiar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_  
 Que cirugía le van a practicar: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**

Le han practicado alguna cirugía: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Tipo de anestesia que le aplicaron: General \_\_\_ Regional \_\_\_ Local \_\_\_  
 Ha tenido alguna complicación con la anestesia: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_  
 Sufre de alguna enfermedad: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Toma algún medicamento: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Es alérgico algún medicamento o alimento SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_  
 Tiene Alguna Dieta Alimentaria Especial: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_  
 Problemas con la coagulación de la sangre: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_  
 Práctica algún ejercicio: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cuál: \_\_\_\_\_  
 Es capaz de caminar más de 4 cuadras sin descansar: SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 Fuma: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Usa prótesis dental: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Usa lentes de contacto: SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 Fecha de última menstruación: \_\_\_\_\_ Fecha de ultimo parto y/o aborto: \_\_\_\_\_  
 Toma anticonceptivos: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL USUARIO**

**Se puede programar: SI \_\_\_ NO \_\_\_**

**OBSERVACIONES:**

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

**ELABORADO POR:**  
Departamento de anestesiología  
**FECHA DE ELABORACION:**  
Noviembre de 2006

**REVISADO POR**  
Departamento de anestesiología  
**FECHA DE REVISION:**  
Agosto 2021

**APROBADO POR:**  
Comité de calidad  
**FECHA DE APROBACION:**  
Septiembre 2021





**C.M.Q. BAYOS S.A.**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO EPS**

**CÓDIGO**  
**CEP-FCI-002**

**HOJA**  
**4 DE 7**

**VERSION**  
**004**

Fecha: DD \_\_\_\_ MM \_\_\_\_ AA \_\_\_\_ Yo \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Autorizo la administración de

anestesia bajo la dirección de un anestesiólogo del Departamento de la Clínica El Pinar. La administración de la anestesia me ha sido explicada, y estoy de acuerdo en permitir una o más de las siguientes formas de anestesia que puedan ser apropiadas para el procedimiento al cual voy a ser sometido **ANESTESIA GENERAL**: Incluye agentes intravenosos y gases inhalados, los cuales causaran inconsciencia. **ANESTESIA REGIONAL**: Incluye inyecciones con aguja cerca de nervios mayores, lo cual causará una pérdida de las sensaciones dolorosas en ciertas áreas de mi cuerpo, epidural/espinal o para analgesia post-operatorio. **ANESTESIA LOCAL**: Incluye agentes anestésicos locales, con o sin sedantes administrados por vía intravenosa.

Si mi anestesia regional o local no es satisfactoria, consiento la administración de la anestesia general.

Entiendo que durante el curso de mi anestesia/cirugía, podrán ocurrir cambios imprevistos en mi condición física, los cuales podrían necesitar cambios en el cuidado que se me está proveyendo. En tal caso, el anestesiólogo actuará en mi nombre teniendo mi seguridad como prioridad.

Estoy con consciente de que no se pueden dar garantías en lo relacionado con los resultados de la administración de mi anestesia. Efectos colaterales comunes incluyen: náusea, vómito, dolor de cabeza, dolor de garganta o ronquera, malestar muscular y edema de tejidos blandos. Además, aún cirugías menores conllevan los riesgos anestésicos imprevistos. Estos riesgos y complicaciones incluyen, pero no están limitados a: Lesión ocular, daño a la boca, dientes o cuerdas vocales, neumonía, entumecimiento, sueño o recuerdos intraoperatorios, daño de venas, arterias hígado o riñones, reacciones adversas a drogas, y en casos raros, lesión cerebral permanente, ataque cardíaco, infarto cerebral o muerte. Estos riesgos potenciales se aplican en todos los casos, ya sea que se administre anestesia general, regional o local.

Certifico que, en la medida de mis capacidades, le he dicho al anestesiólogo que está obteniendo mi consentimiento y todas las siguientes condiciones:

- 1- Todas las enfermedades mayores que he tenido, todas las anestesias que he recibido en el pasado y todas las complicaciones de estas anestesias conocidas por mí, todas las alergias a drogas que tengo, todas las medicinas que he tomado en el último año.
- 2- He respondido con la verdad a cualquier pregunta adicional formulada por el anestesiólogo.
- 3- La naturaleza y el propósito del manejo anestésico que se me dará, me han sido explicados. He tenido la oportunidad de formular las preguntas y estas han sido respondidas. Entiendo que puedo retirar consentimiento en cualquier momento previo a la administración de la anestesia.

**PARA LA PACIENTE EMBARAZADA:** Entiendo que los anestésicos cruzan la placenta y puede temporalmente anestesiarse mi bebé. Aunque las complicaciones fetales de la anestesia durante el embarazo son muy raras, los riesgos para mi bebé incluyen, pero no están limitados a defectos de nacimiento, parto prematuro, daño cerebral permanente y muerte.

Firma de Paciente

Firma de Anestesiólogo

Consentimiento elaborado por la Clínica El Pinar según las bases normativas vigentes.

Versión 2012- [www.elpinarclinica.com](http://www.elpinarclinica.com)

**ELABORADO POR:**

Personal enfermería Clínica Pinar

**FECHA DE ELABORACION:**

Noviembre de 2006

**REVISADO POR**

Jefe de calidad

**FECHA DE REVISION:**

Agosto 2021

**APROBADO POR:**

Comité de calidad

**FECHA DE APROBACION:**

Septiembre 2021



**C.M.Q. BAYOS S.A**  
**LISTA DE VERIFICACION PROCESO QUIRURGICO EPS**

**CÓDIGO**  
**CEP-FLVPQ-001**

**HOJA**  
**7 DE 9**

**VERSION**  
**003**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** DD. \_\_\_\_ MM. \_\_\_\_ AA. \_\_\_\_

**Identificación:** \_\_\_\_\_ **Sala:** \_\_\_\_\_

ITEM	LISTADO	SI	NO	NA	ITEM	LISTADO	SI	NO	NA
1	LLAMAR Y PROGRAMAR CITA DE PRE-ANESTESIA				28	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS PROFILACTICOS			
					29	REALIZACION DE PPS AL ANTIBIOTICO			
2	CONFIRMAR QUE HAYA SIDO VISTO POR EL CIRUJANO				30	TOMA DE DATOS REGISTRO H.C			
3	RECORDAR AL PACIENTE QUE DEBE TRAER EXAMENES MEDICOS				31	PREPARACION DEL QUIROFANO AUX ENFERMERIA			
4	DILIGENCIAR HOJA DE CONSULTA PRE-ANESTESIA				32	ANESTESICOS, PROPOFOL, REMIFENTANIL, MIDAZOLAN, RELAJANTES			
5	DILIGENCIAR CONSENTIMIENTO INFORMADO				33	MAQUINA DE ANESTESIA: Laringoscopio, tubo o mascara lanriguea y electrodos, canula de guedel, guia para entubar, mangueras maquina de anestesia, conexión de oxigeno, sevorane o isorane			
6	DILIGENCIAR POLIZA DE SEGURO				34	TORRE DE ENDOSCOPIA: fuente de luz, camara			
7	TOMA DE SIGNOS VITALES				35	SUCCION CAUCHO LIPO Y SONDA NELATON 12-14			
8	CONSULTA CON ANESTESIOLOGO				36	MESA AUX. # 2 ELECTROPLACA Y EQUIPO DE BAÑO			
9	ESTABLECER SI LA PACIENTE ES APTA PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO				37	RODILLOS, ROLLOS, MICROPORE, ESPARADRAPO			
10	CONFIRMAR HORA DE PROCEDIMIENTO				38	CANASTA CIRUGIA PROTOCOLO TIPO CX			
					39	MESA AUXILIAR # 1 ORGANIZADOR DE MEDICAMENTOS SEGÚN PROTOCOLO			
12	VERIFICACION DE ELEMENTOS POST-PRE QUIRURGICO				40	PASO SONDA VESICAL: EQUIPO BAÑO, CISTOFLO, SONDA FOLEY, JERINGA 10CC CON SSN			
13	FAJA				41	PREPARACION DEL QUIROFANO POR LA INSTRUMENTADORA			
14	BRASIER				42	INSTRUMENTAL SEGÚN PROTOCOLO DE CADA CX.			
15	MENTONERA				43	ELEMENTOS SEGÚN PROTOCOLO C/A CX			
16	MEDIAS ANTIEMBOlicas				44	INSUMOS SEGÚN PROTOCOLO CADA CX			
17	VERIFICAR CUMPLIMIENTO DE INDICACIONES QUIRURGICAS				45	SE RETIRA TUBO ANESTESIA			
18	ENTREGA DE OBJETOS PERSONALES: ropa, accesorios, protesis dental, billetera, celular.				46	DESMONITORIZA, SE INICIA MONITOREO CLINICO EN EL TRASLADO			
19	DOTACION QUIRURGICA: Bata, Polainas, Gorro				47	CUBRIR EL PACIENTE CON SABANA TIBIAS			
20	RECEPCION DE DOCUMENTOS/ELEMENTOS POST-PRE QUIRURGICOS DEL PACIENTE				48	SE TRASLADA A RECUPERACION INMEDIATA			
21	FAJA				49	MONITOREAR PACIENTE			
22	BRASIER				50	OXIGENOTERAPIA			
23	MENTONERA				51	VIGILAR SIGNOS VITALES			
24	MEDIAS ANTIEMBOlicas				52	PRIMERA VALORACION ALDRETE			
25	CANALIZACION				53	ENTREGA PACIENTE AUX. ENFERMERIA DE RECUPERACION			
26	INSTALACION DE LIQUIDOS ENDOVENOSOS				54	VERIFICACION DE ESTADO PACIENTE (ALDRETE)			
27	VERIFICACION DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS				55	VERIFICAR VENA DE LIQUIDOS ESTE PERMEABLE			

**ELABORADO POR:**  
Personal enfermería Clínica Pinar

**FECHA DE ELABORACION:**  
Noviembre de 2006

**REVISADO POR**  
Jefe de calidad

**FECHA DE REVISION:**  
Agosto 2021

**APROBADO POR:**  
Comité de calidad

**FECHA DE APROBACION:**  
Septiembre 2021



**C.M.Q. BAYOS S.A**  
**LISTA DE VERIFICACION PROCESO QUIRURGICO EPS**

CÓDIGO  
CEP-FLVPQ-001

HOJA  
8 DE 9

VERSION  
003

ITEM	LISTADO	SI	NO	NA	ITEM	LISTADO	SI	NO	NA
56	VERIFICAR VENA DE HEMODILUCION ESTE PERMEABLE				78	VERIFICAR MIEMBROS INFERIORES ELEVADOS			
57	VERIFICACION DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTO Y ANALGESICOS: antibioticos, antiembolicos, antihemeticos				79	VERIFICACION PERMEABILIDAD DE LA VENA CON BURETOL			
58	VALORACION CONTINUA DE ALDRETE				80	VERIFICAR DRENAJE			
59	VIGILAR SIGNOS VITALES				81	VERIFICAR QUE SE CUBRA EL OMBLIGO CON GASA			
60	VERIFICACION DE DIURESIS C/A 10 MIN				82	VIGILAR SANGRADO			
61	VERIFICACION DE EVOLUCION QUIRURGICA				83	VERIFICAR QUE NO SE CAMBIEN MICROPORE			
62	TRASLADO DE PACIENTE EN SILLA DE RUEDA FASE2				84	VERIFICAR LLENADO CAPILAR			
63	ENTREGA PACIENTE AUX. ENFERMERIA FASE 2				85	VERIFICAR PRESENCIA DE HEMATOMAS			
64	ENTREGA H.C AUX DE RECUPERACION FASE 2				86	VERIFICAR QUE SE COLOQUE HIELO PERMANENTE			
65	ENTREGA PACIENTE AUX. ENFERMERIA FASE 2				87	VERIFICAR FAJA COMPRESIVA			
66	ENTREGA H.C AUX DE RECUPERACION FASE 2				88	VERIFICAR MEDIAS AMTIEMBOLICAS			
67	RETIRO DE LIQUIDOS ENDOVENOSOS				89	VERIFICAR CAMBIOS DE POSICION			
68	PRUEBA TOLERANCIA VIA ORAL PRUEBA DEAMBULACION				90	PRUEBA DE TOLERANCIA VIA ORAL			
69	PRUEBA DE DIURESIS				91	PRUEBA DEAMBULACION			
70	TRASLADO PACIENTE A HABITACION				92	REALIZAR ABÑO COMPLETO			
71	ENTREGA PACIENTE AUX ENFERMERIA 2 NIVEL				93	VERIFICAR CURACION CON ALCOHOL SOBRE EL MICROPRE			
72	ENTREGA DE H.C AUXILIAR DE RECUPERACION				94	VERIFICAR CURACION CON RIFOSINA SOBRE MICROPORE			
73	SIGNOS VITALES				95	VALORACION MEDICO CIRUJANO			
74	VERIFICACION SUMINISTROS DE MEDICAMENTOS Y ANALGESICOS: antibioticos, antihemeticos, y antiembolicos.				96	ENTREGA DE FORMULA MEDICA E INDICACIONES			
75	VERIFICAR PROFILAXIS PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA				97	ENTREGA DE OBJETOS PERSONALES			
76	RECUPERACION SEGUNDO NIVEL				98	ENTREGA DEL PACIENTE AL ACOMPAÑANTE			
77	VERIFICAR POSICION SEMI-FOWLER				99	ENCUESTA DE SATISFACION			

\_\_\_\_\_  
NOMBRE RECEPCIONISTA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE ANESTESIOLOGO SALA

\_\_\_\_\_  
AUX. ENFERMERIA TRANSFERENCIA

\_\_\_\_\_  
AUXILIAR DE SALA

\_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADORA QUIRURGICA

\_\_\_\_\_  
AUX. RECUPERACION NIVEL 1 FASE 1-2

\_\_\_\_\_  
AUXILIAR DE RECUPERACION 2 NIVEL

**ELABORADO POR:**

Personal enfermería Clínica Pinar

**FECHA DE ELABORACION:**

Noviembre de 2006

**REVISADO POR**

Jefe de calidad

**FECHA DE REVISION:**

Agosto 2021

**APROBADO POR:**

Comité de calidad

**FECHA DE APROBACION:**

Septiembre 2021