

ORDEN DE PRESUPUESTO

NOMBRE :
RUT :
PREVISION : **TELEFONO:**
FECHA DE ATENCION :
DIAGNOSTICO :
CIRUGIA A REALIZAR :
CODIGO 1 (principal) : **CODIGO 3 :**
CODIGO 2 : **CODIGO 4 :**
FECHA CIRUGIA (SOLICITADA):

VIA ABIERTA LAPAROSCOPICA ENDOSCOPICA

INDICACION TIPO CIRUGIA:

PAQ ISAPRE	PAQ PAD	PAQ FONASA	NO PAQUETE

DIAS HOSPITALIZACION APROX:

CMA	BASICA	UTI	UCI

LATERALIDAD:

BILATERAL	NO APLICA

TIPO ANESTESIA:

GENERAL RAQUIDEA LOCAL

INSUMOS ESPECIALES SI NO

PROVEEDOR: _____

HONORARIOS:

CONVENIO _____

SIN CONVENIO _____ : FONASA : FACTOR _____ x _____
 : MONTO \$: _____

NOMBRE MEDICO
ESPECIALIDAD