

FECHA DE APROBACIÓN: 07/02/2019		  	
VERSIÓN: 002			
PÁGINA: 1 DE 1			
CÓDIGO: HGDC-EMERG-FORM-DDMP		UNIDAD OPERATIVA: HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN	
<b>FORMULARIO DE DESCARGO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS POR PACIENTE</b>			
Nombre del proceso:		FECHA: __/__/__ (día) (mes) (año)	
Apellidos y nombres del paciente:			
N° historia Clínica/Cédula		N° cama	
Edad: _____ años _____ meses		Género: M ( ) F ( )	Nacionalidad
Diagnóstico:			
<b>DATOS DEL DISPOSITIVO MÉDICO</b> (nombre genérico, calibre, volumen, etc)		<b>CANTIDAD</b> (números y letras)	
Apósito Transparente con _____ cm x _____ cm.			
Aguja hipodérmica N° _____ G _____			
Bata manga larga (multiusos) no estéril			
Cánula nasal de Oxígeno _____			
Catéter Intravenoso con / sin aletas N° _____			
Catéter Intravenoso con / sin aletas N° _____			
Equipo de Venoclisis 150 cm (+/- 30 cm)			
Frasco para muestra de Orina 30mL/150mL.			
Jeringuilla con aguja 3 mL 21 G x 1 _____ "			
Jeringuilla con aguja 5 mL 21 G x 1 _____ "			
Jeringuilla con aguja 10 mL 21 G x 1 _____ "			
Jeringuilla con aguja 20 mL.			
Llave de 3 Vías.			
Micronebulizador _____			
Pañal desechable adulto talla mediana			
Nombre apellido responsable		Firma y Sello	