

FECHA DE APROBACIÓN: 07/02/2019	  		
VERSIÓN: 002			
PÁGINA: 1 DE 1			
CÓDIGO: HGDC-EMERG-FORM-DDMP	<b>UNIDAD OPERATIVA: HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN</b>		
<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 ( <input type="checkbox"/> ) F ( <input type="checkbox"/> )	Nacionalidad	
<b>Diagnóstico:</b>			
DATOS DEL DISPOSITIVO MÉDICO (nombre genérico, calibre, volumen, etc)		CANTIDAD (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	