

GLC 1.1 PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA

Record ID

NOMBRE EVALUADOR

FECHA REALIZACIÓN DE PAUTA

SERVICIO

☐ PABELLÓN

NÚMERO DE FICHA

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Existe número de Ficha Clínica

☐ SI ☐ NO

Existe Fecha evaluación Preadestésica

☐ SI ☐ NO

Existe clasificación ASA

☐ SI ☐ NO

Se indica Apellido y firma del médico responsable
(Anestesiólogo o Becado de Anestesia)

☐ SI ☐ NO

Existe Validación EPA (apellido y firma)

☐ SI ☐ NO

CUMPLE PAUTA

1 = SI CUMPLE

0 = NO CUMPLE
