



ANEXO T5.
SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS
SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE OSTEOSÍNTESIS Y ENDOPRÓTESIS

UNIDAD MÉDICA		VALE No.	
ENTIDAD FEDERATIVA		FECHA Y HORA DE SOLICITUD	
DATOS DEL LA O EL PACIENTE			
NOMBRE		CURP Y AGREGADO	
Apellido paterno, materno y nombre(s)			
DIAGNÓSTICO	NÚMERO DE CAMA	FECHA Y HORA DE CIRUGIA	
MÉDICO QUE SOLICITA			
Apellido paterno, materno y nombre(s)	Cédula Profesional	Firma	
PERSONAL DEL ALMACÉN QUE RECIBE			
Apellido paterno, materno y nombre(s)	Cédula Profesional	Firma	
PERSONAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN QUE RECIBE			
Apellido paterno, materno y nombre(s)	Cédula Profesional	Firma	
MATERIAL SOLICITADO (Marcar "E" para Existente, "X" para No Existente)			
1	()	13	()
2	()	14	()
3	()	15	()
4	()	16	()
5	()	17	()
6	()	18	()
7	()	19	()
8	()	20	()
9	()	21	()
10	()	22	()
11	()	23	()
MATERIAL ALTERNATIVO (Marcar "E" para Existente, "X" para No Existente)			
1	()	6	()
2	()	7	()
3	()	8	()
4	()	9	()
5	()	10	()





PERSONAL DE QUIRÓFANO QUE RECIBE		
_____	_____	_____
<i>Apellido paterno, materno y nombre(s)</i>	<i>Matrícula</i>	<i>Firma</i>

INSTRUMENTISTA		
_____	_____	_____
<i>Apellido paterno, materno y nombre(s)</i>	<i>Matrícula</i>	<i>Firma</i>

MÉDICO NO FAMILIAR		
_____	_____	_____
<i>Apellido paterno, materno y nombre(s)</i>	<i>Matrícula</i>	<i>Firma</i>

MATERIAL UTILIZADO			
1		21	
2		22	
3		23	
4		24	
5		25	
6		26	
7		27	
8		28	
9		29	
10		30	
11		31	
12		32	
13		33	
14		34	
15		35	
16		36	
17		37	
18		38	
19		39	
20		40	

