



### Información del paciente

Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Correo electrónico telefónico \_\_\_\_\_

Ocupación del empleador \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ del peso \_\_\_\_\_ de género \_\_\_\_\_ de los niños \_\_\_\_\_

Estado civil: Casado    soltero    divorciado    separado    viuda

Nombre del cónyuge cónyuge cónyuge teléfono \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, póngase en contacto con \_\_\_\_\_

Teléfono de relación \_\_\_\_\_

¿Quién es responsable de los cargos? \_\_\_\_\_

Información de farmacia \_\_\_\_\_

Motivo de la fuente de referencia para la visita \_\_\_\_\_

### Cirugías de interés

*Círculo de todo lo que se aplica*

Brazos pecho agrandamiento pecho levantamiento pecho

Reducción Mejillas Mentón

Orejas

Cara de párpados

Liposucción

Nariz

Boca del Cuello

Arrugas

Tummy Tuck

Otro

Proporcione cualquier información que sea útil para su consulta: \_\_\_\_\_

### Historial de Salud Médica

La historia clínica es una parte extremadamente importante de su consulta. Nos ayuda a alertarnos sobre cualquier problema potencial que pueda interferir con su cirugía. Por favor, tómese el tiempo para llenar esto de manera completa y precisa. Si necesita ayuda, el personal estará encantado de ayudarlo.

¿Tiene una directiva avanzada o testamento vital? (círculo) SI NO

Enumere TODOS los medicamentos recetados que está tomando: \_\_\_\_\_

Enumere TODOS los medicamentos sin receta que tome (es decir, aspirina, medicamentos a base de hierbas, etc.) \_\_\_\_\_

Lista de cualquier píldoras de dieta que usted toma [[MUY IMPORTANTE!]] Puede causar problemas graves con la anestesia \_\_\_\_\_

Enumere CUALQUIER medicamento al que sea ALÉRGICO \_\_\_\_\_

Enumerar CUALQUIER alergia de contacto, incluyendo látex u otros productos \_\_\_\_\_

Por favor, cuéntanos sobre CUALQUIER enfermedad grave que hayas tenido en el pasado: Por ejemplo, enfermedades del corazón, problemas de presión arterial, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, diabetes, problemas de tiroides, úlceras estomacales, etc.

Por favor enumere cualquier operación que haya tenido (incluida la cirugía estética) Dar fechas

aproximadas \_\_\_\_\_

Describa CUALQUIER dificultad que haya tenido con la anestesia \_\_\_\_\_

Describa CUALQUIER lesión MAJOR que haya sufrido (incluya fechas) \_\_\_\_\_

¿Hay algún trastorno hereditario en tu familia que pueda ser importante? \_\_\_\_\_

¿usted fuma? Si es así, ¿qué forma y cuánto? \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol? (círculo) Ninguno Ocasional Moderado Pesado

¿Ahora o alguna vez has tenido una adicción a los narcóticos controlados o a las drogas callejeras? \_\_\_\_\_

¿Cómo está tu salud general? (círculo) Pobre Feria Buena Excelente

¿Estás bajo el cuidado de un médico? En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

***Círculo de todo lo que se aplica***

Histerectomía por litigio sin trompas

Post-Menopáusica

Sequedad grave de los ojos

Glaucoma o visión borrosa

Ronquera crónica Falta de aliento

Complicaciones después de la cirugía

Condición crónica de la piel

Mareos graves recurrentes

Dolores de cabeza intensos

Problemas sinusos crónicos o obstrucción nasal

Ampollas de fiebre recurrente

Parálisis de la cara Asma o enfisema

Dolor en el pecho

Enfermedad cardíaca/presión arterial alta

Hematomas fáciles

Problemas abdominales crónicos

Problemas renales o vesicales

Sangre en los movimientos intestinales

Sangre en la orina o problemas para orinar

Trastornos de sangrado (usted o cualquier persona de su familia)

Trastorno menstrual

Protuberancia o nudo anormal

Problemas con huesos o articulaciones

Pérdida de peso inexplicable

Cáncer

Emocional/Problemas psicológicos

Resultado quirúrgico grave o atención médica insatisfactoria

Please Explain:

HE LEIDO ESTE FORMULARIO TOTALMENTE Y LO HE COMPLETADO TOTALMENTE Y CON PRECIOSAMENTE A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

Date this form was completed \_\_\_\_\_ Patient Signature \_\_\_\_\_