

**ARTES QUIRÚRGICA DE TULSA  
FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES**

La siguiente información nos ayuda a servirle mejor. Por favor haga todo lo posible para completar la información de forma completa y precisa. Asegúrate de completar las 4 páginas de esta forma. Tus respuestas mantienen estrictamente confidencias. Después de la finalización, envíe un correo electrónico a [missi@tulsasurgicalarts.com](mailto:missi@tulsasurgicalarts.com) o traiga una copia impresa con usted para consultar.

**INFORMACIÓN PERSONAL**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Edad: \_\_\_ Sexo: \_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ # De niños biológicos: \_\_\_\_\_

Dirección Principal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Dónde Podemos dejar mensajes de voz o de texto?

Casa \_\_\_\_\_  Móvil: \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_  Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Cónyuge \_\_\_\_\_  Otra: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado Marcial:  Casado  Único  Divorciado  Separado  Viudo

Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_ Empleador del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

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

Información de farmacia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Por favor marque que con un CIRCULO sus cirugías de interés parun discutir:**

Brazos Aumento del Pecho Levantamiento del Pecho Reducción del Pecho Levantamiento de Glúteos

Mejillas Barbilla Orejas Parpados Cara Liposucción Nariz Cuello Boca Arrugas Cirugia quita

Barriga Otognática Otra

Por favor usa el espacio abajo para dar nos información tu cres ayudadía con su consultación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¡Gracias por seleccionar nuestra practica! ¿Podemos preguntar cómo se enteró de nosotros?**

Por favor indique todo lo que corresponda:

Referencia de pacientes. ¿Podemos preguntar a quién? \_\_\_\_\_

Podemos reconocer la reimison?  Si  No

Referencia del Médico. ¿Podemos preguntar a quién? \_\_\_\_\_

¿Podemos reconocer la remisión?  Si  No

Reputación o Recomendación?

Google o otra búsqueda en Internet. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Compromiso de hablar. ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Revista. ¿Nombre? \_\_\_\_\_

Periódico. ¿Nombre? \_\_\_\_\_

Páginas amarillas

Otra \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO**

**El historial médico es una parte extremadamente importante de su consulta. Ayuda a alertarnos sobre cualquier problema potencial que pueda interferir con su cirugía. Por favor, tómese el tiempo para completar esto de manera completa y precisa. Si necesita ayuda, el personal estará encantado de ayudarle. ¿Tiene una directiva anticipada o un testamento vital?  Sí  No ¿Desea información?  Sí  No**

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

Haga una lista de TODOS los medicamentos sin receta que toma, como aspirina, hierbas medicinas, etc.:

Haga una lista de CUALQUIER píldora de dieta que tome, ¡MUY IMPORTANTE! Puede causar problemas graves con la anestesia: \_\_\_\_\_

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

Enumere CUALQUIER alergia de contacto, incluyendo látex o otros productos: \_\_\_\_\_

**Por favor, cuéntenos sobre CUALQUIER enfermedad grave que haya tenido en el pasado:** por ejemplo, enfermedad cardíaca, problemas de presión arterial, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, diabetes, problemas de tiroides, úlceras estomacales, etc.:

---

---

**Por favor, enumere cualquier operación que haya tenido (incluyendo cirugía estética):** Indique las fechas aproximadas:

---

---

**Si es compatible, por favor rodee:** Ligadura de trompas      Histerectomía      Menopáusica

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

Describe CUALQUIER lesión IMPORTANTE que haya sufrido (incluya fechas)

---

¿Hay algún trastorno hereditario en su familia que pueda ser de importancia? \_\_\_\_\_

---

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

¿Bebes alcohol? Por favor, marque uno: ( ) Ninguno ( ) Ocasional ( ) Moderado ( ) Pesado \_\_\_\_\_

¿Tiene o alguna vez ha tenido una adicción a narcóticos controlados o drogas callejeras? \_\_\_\_\_

¿Cómo es su salud general? ( ) Pobre ( ) Justo ( ) Bueno ( ) Excelente

¿Está bajo el cuidado de un médico? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿para quién y para qué?

---

**Por favor, revise la lista a continuación y verifique cualquier cosa aplicable. Si marca alguna de las casillas a continuación, utilice el espacio en la parte inferior para cualquier explicación que crea que sería útil. Por favor, sea lo más completo posible.**

( ) Sequedad severa de los ojos

( ) Glaucoma o visión borrosa

( ) Mareos severos recurrentes

( ) Dolores de cabeza severos

( ) Problemas sinusales crónicos u obstrucción nasal

( ) Ampollas de fiebre recurrente

( ) Parálisis de la cara

( ) Asma o enfisema

( ) Ronquera crónica

( ) Dificultad para respirar

( ) Dolor en el pecho

( ) Enfermedad cardíaca o presión arterial alta

( ) Problemas abdominales crónicos

( ) Problemas renales o de vejiga

( ) Sangre en las deposiciones

( ) Sangre en la orina o dificultad para orinar

- Moretones fáciles
- Bulto o ganglio anormal
- Pérdida de peso inexplicable
- Problemas emocionales o psicológicos
- Complicaciones después de la cirugía
- Mal resultado quirúrgico o atención médica insatisfactoria
- Trastornos hemorrágicos, (usted o cualquier persona de su familia)
- Trastorno menstrual
- Problemas con los huesos o las articulaciones
- Cáncer
- Condición crónica de la piel

Por favor, explique cualquier problema de salud que se verificó anteriormente:

---

---

---

**HE LEÍDO ESTE FORMULARIO POR COMPLETO Y LO HE COMPLETADO COMPLETAMENTE Y CON PRECISIÓN A MI SABER Y ENTENDER.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha en que se completó este formulario: \_\_\_\_\_