

Forma De Registro

Nombre (necesario)

Nombre:

Apellido:

Fecha de Nacimiento (necesario)**Teléfono Celular****Correo Electronico****Dirección (necesario)**

Dirección:

Ciudad:

Pais:

Estado:

Codigo Postal:

Ocupación**Empleador****Dirección del Trabajo/Empleo**

Dirección:

Ciudad:

Pais:

Estado:

Codigo Postal:

Teléfono de Trabajo

En Emergencia Contactar

Nombre:

Apellido:

Relación con el Paciente

Cónyuge

Padres

Hermanos

Hijos

Amigos

Otro

Teléfono

Razon para la Consulta (necesario)

¿Cómo podemos ayudarle?

Referido(a) por

Nombre:

Apellido:

Altura (necesario)

Peso (necesario)

Estado Civil

Casado (a)

Soltero (a)

Otro

¿Fuma? (necesario)

Sí

No

Si sí, cada cuánto?

¿Es alérgico a alguna medicina? (necesario)

Sí

No

Si si, explica.

Liste por favor todas las medicinas que usted ahora toma.

¿Jamás ha tenido usted una REACCION a una anestesia GENERAL? (necesario)

Sí

No

¿Jamás ha tenido usted una REACCION a un anestésico LOCAL? (necesario)

Sí

No

¿Jamás ha tenido usted un problema con el corazón o pulmones? (necesario)

Sí *No*

¿Jamás ha tenido usted algún problema sangriento excesivo? (necesario)

Sí *No*

¿Jamás ha tenido usted cuidado psiquiátrico? (necesario)

Sí *No*

¿Ha visto a otros cirujanos plásticos acerca del MISMO problema que trae usted aquí? (necesario)

Sí *No*

¿Tiene usted la presión alta? (necesario)

Sí *No*

¿Tiene diabetes? (necesario)

Sí *No*

¿Forma cicatrices gruesas? (necesario)

Sí *No*

¿Tiene una historia personal o familiar de cáncer de mama? (necesario)

Sí *No*

¿Ha estado usted embarazada? (necesario)

Sí *No*

¿Podría estar embarazada? (necesario)

Sí *No*

¿Cuántos niños has tenido? (necesario)

Cirugías Anteriores

Liste por favor

Operacion

Año

¿Complicaciones?

Operacion

Año

¿Complicaciones?

La firma digital tiene la misma vinculación jurídica que una firma física. Nota que tu firma debe concordar exactamente con el nombre y apellido, separados por un espacio, que especificaste previamente en este módulo.

¿Es correcta toda la información proporcionada en esta forma? (necesario)

Si

No

Fecha (necesario)