



DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Nombre preferido:			
Nombre legal:			
<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>	
Dirección:			
<i>Calle y # de departamento</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>

Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro	Núm. de Seguro Social:	FDN:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
--	-------------------------------	-------------	--

Raza: Afroamericano Asiático Indio Nativo Americano/Nativo de Alaska Nativo Hawaiano u Otro Isleño del Pacífico Blanco

Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	Pref. Idioma:
--	----------------------

Teléfono residencial: <input type="checkbox"/> Doy permiso a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery para dejar un mensaje de voz en este número.	Teléfono del trabajo: <input type="checkbox"/> Doy permiso a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery para dejar un mensaje de voz a este número.	Teléfono móvil: <input type="checkbox"/> Doy permiso a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery para dejar un mensaje de voz y/o enviarme un mensaje de texto a este número.
--	---	--

Correo electrónico: <input type="checkbox"/> Doy permiso a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery para que me envíe un correo electrónico a este correo electrónico.	Forma de contacto preferida: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto	Cualquier restricción de contacto (incluido el correo): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa _____
--	---	---

Empleador:	Ocupación:
-------------------	-------------------

Número de contacto de emergencia:	Relación con el paciente:	Teléfono:
--	----------------------------------	------------------

¿Cómo supo de nosotros? Doctor* Amigo* Seguro Búsqueda en Internet Redes sociales Otro:
*¿Quién lo refirió?:

Farmacia preferida:	Dirección:
----------------------------	-------------------

Parte responsable (si el paciente es menor de edad)

Nombre:	Dirección:
----------------	-------------------

Relación con el paciente:	FDN:
----------------------------------	-------------

Aviso de prácticas de privacidad y Formulario de acuse de recibo por escrito
Me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery.

Firma del paciente/tutor:	Fecha:
----------------------------------	---------------



POLÍTICA FINANCIERA COSMÉTICA DE PAGO AUTOMÁTICO

- Yo entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery acepta las siguientes formas de pago: todas las principales tarjetas de débito/crédito, efectivo, cheque de gerencia, Care Credit (los planes promocionales aceptados varían) y cheques personales de pacientes de cirugía establecidos solamente.
- Yo entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery NO acepta las siguientes formas de pago por productos de pago automático, procedimientos o servicios cosméticos: cuenta de gastos flexible (FSA), cuenta de ahorros para la salud (HSA), acuerdo de reembolso de salud (HRA), cuenta de gastos flexible de atención limitada (LCFSA) o una cuenta de gastos flexible para el cuidado de dependientes (DCFSA). Además, el Dr. J. J. Wendel de Cirugía Plástica NO proporcionará una carta de necesidad médica para el reembolso del paciente por las formas de pago antes mencionadas.
- Si planeo pagar la cirugía o los servicios por teléfono, entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery se reserva el derecho de solicitar un formulario de autorización de tarjeta de crédito firmado junto con una copia frontal y posterior de mi tarjeta de débito/crédito firmada.
- Entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery cobra el pago completo al momento del servicio. Si no puede realizar el pago completo al momento del servicio, su cita se reprogramará a un horario más conveniente.
- En el caso de que el pago sea denegado luego de haber prestado los servicios y mi cuenta se transfiera a una agencia de cobranza externa, acepto pagar todos los costos de cobranza, incluidos los honorarios de abogados, honorarios de cobranza y tarifas contingentes a agencias de cobranza de no menos del 35%, dicha tarifa de contingencia se agregará y cobrará por la agencia de cobranza inmediatamente después de mi incumplimiento y la referencia de mi cuenta a dicha agencia de cobranza.
- Entiendo que a mi cuenta se le cobrarán \$ 40 cuando un cheque que presenté para el pago sea devuelto y marcado como "fondos insuficientes" (NSF). Los cheques devueltos de más de \$ 500 tendrán un cargo del 5% del monto del cheque.
- Entiendo que hay una tarifa de consulta para consultas cosméticas de pago automático. Si se programa dentro de los 90 días de mi consulta, entiendo que la tarifa de consulta se aplicará al procedimiento/tratamiento discutido en la consulta.
- Hay un depósito no reembolsable para programar procedimientos/cirugía estética de pago automático. Si se programa dentro de los 90 días posteriores al pago del depósito, entiendo que el depósito se aplicará a mis tarifas de cirugía/procedimiento. Entiendo que, si cancelo la cirugía/procedimiento por cualquier motivo, este depósito no será reembolsado.
- Entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery tiene una tarifa por no presentarse de \$ 150. Si me han cotizado y programado un procedimiento, entiendo que el depósito, como se describe en la cotización, se considera la tarifa de no presentación.
- En caso de que necesite cancelar o reprogramar mi cita, entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery requiere un aviso con 48 horas de anticipación. Si cancelo o reprogramo mi cita sin el aviso adecuado como se describe anteriormente, incurriré en una tarifa de cancelación de \$ 150. Si me han cotizado y programado un procedimiento, entiendo que el depósito, como se describe en la cotización, se considera la tarifa de cancelación.
- Para la cirugía estética de pago automático realizada en Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery u otras instalaciones externas, entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery, el grupo de anestesia y el centro NO presentarán un reclamo a mi compañía de seguros por aquellos procedimientos que se hayan considerado cosméticos de pago automático por parte de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery.
- Entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery NO presentará ni completará formularios de seguro, FMLA o discapacidad para aquellos procedimientos que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery haya considerado cosméticos de pago automático; además, entiendo que los códigos de tarifa y los códigos de diagnóstico para dichos procedimientos reflejan procedimientos y diagnósticos cosméticos de pago automático y electivos y no serán modificados.
- Para la cirugía estética de pago automático realizada en otras instalaciones externas (no en Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery), entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery es una entidad separada del grupo de anestesia y del centro. Aunque, Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery me guiará a través de cómo y cuándo pagar todas las tarifas, entiendo que las tarifas externas no son pagaderas a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery.

COBRANZAS

El cliente, paciente, prestamista, etc., acepta pagar todos los costos de cobranza, incluidos los honorarios de abogados, honorarios de cobranza y tarifas contingentes a agencias de cobranza de no menos del 35%, dicha tarifa de contingencia se agregará y cobrará por la agencia de cobranza inmediatamente

al momento de su incumplimiento y nuestra referencia de su cuenta a dicha agencia de cobranza.

Firma del paciente/tutor:

Fecha:

Nombre del paciente/tutor en letra de molde:

POLÍTICA FINANCIERA

He recibido y acepto la Política financiera de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery.

Firma del paciente/tutor:

Fecha:

Nombre del paciente/tutor en letra de molde:



RECONOCIMIENTO DEL ACUERDO INDIVIDUAL DE EXCLUSIÓN DE SEGUROS DE SALUD

Con la excepción de la Reconstrucción y microcirugía de senos DIEP y procedimientos posteriores relacionados para la continuación de la atención, Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery NO ACEPTA seguros de salud.

Agradecemos su comprensión y la confianza que ha depositado en nosotros. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre nuestra política de exclusión de seguros, por favor solicite hablar con nuestro Gerente de Oficina.

Por favor, coloque sus iniciales en TODAS las declaraciones siguientes (COLOQUE ÚNICAMENTE INICIALES, NO INTRODUCIR OTRA MARCA)

___ Acepto toda la responsabilidad del pago del Dr. J. Jason Wendel, MD y/o profesionales de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery a cargo de todos los servicios prestados por el Dr. J. Jason Wendel, MD y/o profesionales de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery.

___ Entiendo que estoy celebrando un acuerdo individual con el Dr. J. Jason Wendel, MD y/o profesionales de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery.

___ Entiendo que el seguro no proporcionará ningún pago por los artículos o servicios proporcionados por el Dr. J. Jason Wendel, MD y/o profesionales de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery que de otro modo hubieran estado cubiertos por el seguro si no hubiera un acuerdo individual y no se ha presentado una póliza ni un reclamo de seguro adecuado.

___ Entiendo que los contratos de seguro y las listas de tarifas no se aplican a lo que el Dr. J. Jason Wendel, MD y/o los profesionales de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery pueden cobrar por artículos o servicios proporcionados por el Dr. J. Jason Wendel, MD y/o practicantes de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery.

___ Estoy de acuerdo en no presentar un reclamo, ni pedirle al Dr. J. Jason Wendel, MD y/o profesionales de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery o a las oficinas comerciales de la anestesia o al centro que presenten un reclamo al seguro por artículos o servicios del seguro, incluso si dichos artículos o servicios son de otro modo cubiertos por el seguro.

___ Reconozco que este acuerdo y política individual por escrito contiene una letra suficientemente grande para garantizar que pueda leer este contrato y política.

___ He celebrado este acuerdo con el conocimiento de que tengo el derecho de obtener artículos y servicios cubiertos por el seguro de médicos y/o profesionales que acepten el seguro para el(los) procedimiento(s) en el que estoy siendo consultado y para quien el pago sería hecho por el seguro para sus servicios cubiertos, y que no me he obligado a celebrar un acuerdo individual que se aplica a otros servicios cubiertos por el seguro proporcionados por otros médicos y/o profesionales que aceptan el seguro para los procedimientos en los que yo estoy siendo consultado.

___ Entiendo que los planes de seguro secundario no harán pagos por artículos y servicios no pagados por el seguro primario.

___ Reconozco que se me ha proporcionado una copia de este acuerdo y esta política, antes de que se me hayan proporcionado artículos o servicios bajo los términos de este contrato y política.

___ Entiendo que un pagador de seguro no puede hacer ningún pago al Dr. J. Jason Wendel, MD y/o profesionales de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery o a mi persona por cualquier artículo o servicio de seguro que me haya sido provisto bajo este acuerdo y política.

RECONOCIMIENTO DE EXCLUSIÓN DE SEGUROS DE SALUD/ ACUERDO INDIVIDUAL

He recibido y estoy de acuerdo con el Reconocimiento de recibo de Exclusión de Seguro de Salud/Acuerdo Individual de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery.

Firma del paciente/tutor:

Fecha:

Nombre del paciente/tutor en letra de molde:



EXENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS Y PUBLICACIÓN

Consentimiento clínico/médico (REQUERIDO para documentación clínica)

Doy mi permiso para el uso de fotografías, videos o información del caso para los siguientes fines clínicos como se indica en mis iniciales a continuación:

_____ Entiendo que estas fotografías, videos o información de casos son para uso clínico y revisión
(iniciales) por Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery.

Nombre del paciente o del padre/tutor legal (por favor en letra de molde)

Firma del paciente o del padre/tutor legal:

Fecha

Consentimiento de marketing/educación (opcional)

Las fotos de antes y después de alta calidad ayudan a otros a seleccionar una práctica médica calificada y con experiencia.

Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery se complace en participar en medios digitales como Facebook, Instagram, RealSelf, Yelp y nuestro sitio web (www.drjjwendel.com). A través de estos lugares en línea, compartimos fotos del personal, actualizaciones de la oficina, concursos y otra información divertida y útil. Con el permiso expreso de nuestros pacientes, nos complace compartir fotos de sus hermosos resultados que pueden ayudar a aquellos que buscan un cirujano plástico o proveedor estético calificado y excepcional.

Por favor, escriba sus iniciales en una de las opciones siguientes:

_____ Doy mi consentimiento para permitir que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery publique fotografías mías en línea.

_____ No doy mi consentimiento para que mis fotografías se compartan en línea.

Nombre del paciente o del padre/tutor legal (por favor en letra de molde)

Firma del paciente o del padre/tutor legal:

Fecha



PERMISO PARA DISCUTIR VERBALMENTE INFORMACIÓN PROTEGIDA

Nombre completo del paciente:	FDN:
Dirección del paciente:	
<i>Calle y # de departamento</i> <i>Ciudad, Estado, Código postal</i>	
Número de teléfono preferido:	

Doy permiso a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery para discutir verbalmente la información sobre mí marcada a continuación (marque todo lo que correspondan):

- Información de programación/citas.
- Información médica, incluidos síntomas, diagnóstico, medicamentos y planes de tratamiento.
- Información sobre las pruebas y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluidas las pruebas y el tratamiento del VIH/SIDA.
- Información sobre pruebas de embarazo, servicios de abortos, atención prenatal y control de la natalidad.
- Información sobre salud mental, incluidos síntomas, diagnóstico, medicamentos, evaluaciones y planes de tratamiento.
- Información de dependencia química, incluidos síntomas, diagnóstico, medicamentos y plan de tratamiento.
- La información sobre el trastorno por uso de sustancias requiere una autorización por escrito firmada por separado.**
- Historia educativa y evaluaciones, incluidos los Planes educativos individualizados.
- Referencias para servicios solicitados y/o recomendados por mis proveedores, incluida información sobre citas.
- Información de facturación y pago
- Otro (describa): _____

Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery puede discutir la información anterior sobre mí con (opcional):

Nombre	Número de teléfono	Relación con el paciente

Entiendo que no tengo que firmar este formulario. La información se compartirá para ayudar a coordinar mi atención médica. Entiendo que este formulario puede usarse para analizar información relacionada con mi atención médica. Cualquier divulgación de información sobre el trastorno por uso de sustancias debe realizarse de acuerdo con 42 CFR Parte 2. **Entiendo que, si no firmo este formulario, entonces Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery no podrá discutir mi información con las personas que figuran en este formulario.**

Entiendo que puedo cancelar este permiso en cualquier momento (escribiendo a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery). Cancelarlo no afectará ninguna información que ya se haya discutido. **Este formulario es válido hasta que lo cancele.**

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha: _____

Si está firmado por un representante autorizado, adjunte copias de la documentación legal de respaldo. Nota: Se REQUIERE la firma de un paciente menor para compartir información sobre: 1. ETS/VIH/SIDA, embarazo, aborto, atención prenatal y control de la natalidad 2. Tratamiento de salud mental 3. Tratamiento de abuso de sustancias.



PERMISO PARA DISCUTIR VERBALMENTE INFORMACIÓN PROTEGIDA

Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery debe seguir las leyes de privacidad que afectan el intercambio de su información de salud. Queremos facilitarle la participación de familiares, amigos y otras personas que designe en su atención. Puede usar este formulario para enumerar las personas con las que desea que hablemos sobre su atención médica.

¿Cómo puedo dar permiso a alguien para hablar verbalmente sobre mí?

Complete el Permiso para analizar verbalmente el formulario de Información de salud protegida en el otro lado de esta página para informarnos con quién podemos hablar. Marque las casillas para decirnos qué información podemos discutir.

¿Cómo se usa la información en el formulario?

Utilizamos este formulario para asegurarnos de que tenemos permiso para discutir su información de salud con personas que puedan estar involucradas en su atención.

¿Cuáles son algunos ejemplos de cuándo esto podría ser útil?

- Un cónyuge, pareja, padre o amigo tiene preguntas y necesita ayuda para cuidar a un paciente posquirúrgico.
- Un estudiante universitario quiere compartir información con un padre
- Un cónyuge, pareja, padre o amigo llama para averiguar la hora de la cita del paciente
- Un cónyuge, pareja o padre llama para preguntar sobre un pago

¿Puede la persona que enumero en este formulario obtener copias de mis registros médicos?

No, este formulario solo le da permiso a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery para tratar la información verbalmente. Si desea que compartamos sus registros médicos, debe completar una Autorización para divulgar información médica protegida. Este formulario está en el sitio web de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery en <https://www.drjjwendel.com/privacy-policy>.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Puede cancelar o cambiar este formulario de permiso en cualquier momento enviándonos una declaración por escrito.

¿Qué sucede si no completo este formulario?

No discutiremos su información de salud protegida, excepto según lo permita la ley.

¿Cuáles son las reglas para los miembros menores?

Un miembro menor puede recibir ciertos servicios sin el consentimiento de los padres. En estos casos, el menor debe firmar este formulario para permitirnos discutir su información.

¿Dónde envío el formulario completo o cualquier cambio?

Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery
2103 Crestmoor Rd
Nashville, TN 37215
Fax: (615) 921-2101
Correo electrónico: greetings@drjjwendel.com

Puede solicitar estos materiales, sin cargo, en otro idioma o en formatos alternativos llamando al (615) 921-2100.



HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente:	FDN:	Fecha de hoy:
Preocupación actual (razón por la que vino al médico):		
Breve historia de la condición actual:		

HISTORIA SOCIAL

Cigarrillo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Paquetes por día _____	Cuánto tiempo _____	Fecha que dejó de fumar _____
Consumo de alcohol: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Raro <input type="checkbox"/> Socialmente <input type="checkbox"/> Frecuente	Historia de abuso de alcohol: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Uso recreativo de drogas: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Opiáceos <input type="checkbox"/> Metanfetaminas	<input type="checkbox"/> Historia de abuso de drogas <input type="checkbox"/> Otro _____		

HISTORIA QUIRÚRGICA (especifique el tipo de cirugías con fechas)

Abdomen:	Facial:
Otra:	Pecho:
Problemas de anestesia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor, explique:

HISTORIAL MÉDICO PASADO

Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ninguno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad neurológica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas oculares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer de piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Radioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ETS/I	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tendencia a sangrar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad del corazón/MI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Historia DVT/PE	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infección del tracto urinario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

HISTORIA FAMILIAR (indique qué pariente de sangre es Y si es de rama materna o paterna)

Abuso de sustancias	Derrame cerebral	Sangrado anormal
Adoptado	Diabetes	Otro cáncer
Cáncer de piel	Enfermedad del corazón	Otro
Cáncer de mama	Hipotermia maligna	



MEDICACIÓN ACTUAL

<input type="checkbox"/> Ver la lista (indique la dosis y el horario)	<input type="checkbox"/> Ninguno
1.	4.
2.	5.
3.	6.
Medicamentos sin receta	
Aspirina: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ibuprofeno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Homeopático: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Profilaxis SBE: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Esteroides en los últimos 12 meses: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Toma un diluyente de sangre? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre: _____	

ALERGIAS A MEDICAMENTOS/SUMINISTROS MÉDICOS

No se conocen alergias a medicamentos

Betadine

Penicilina

Lidocaína

Látex

Cinta

Otro: _____

¿Ha tenido un aumento de peso reciente? Sí Pérdida de peso reciente ___ libras perdidas ___ libras ganadas

Altura: _____

Peso actual: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

Alergias: Sí No
Alta presión sanguínea: Sí No
Ansiedad: Sí No
Cambios en el habla: Sí No
Cicatrización/queloides: Sí No
Debilidad facial: Sí No
Dependencia de drogas o alcohol: Sí No
Depresión: Sí No
Dificultad para orinar: Sí No

Dificultad para tragar: Sí No
Dolor de espalda/cuello: Sí No
Dolor u opresión en el pecho: Sí No
Dolor nervioso: Sí No
Falta de aliento: Sí No
Fiebre/escalofríos: Sí No
Glándula/nodo agrandados: Sí No

Hepatitis/ictericia: Sí No
Herpes labial: Sí No
Insuficiencia renal/diálisis: Sí No
Masa/bulto mamario: Sí No
Obstrucción nasal: Sí No
Ojo seco: Sí No
Parálisis: Sí No
Pérdida de la visión: Sí No
Problemas en los senos paranasales: Sí No
Quemaduras de sol frecuentes: Sí No
Reflujo: Sí No
Sudoración nocturna: Sí No
Tendencia a sangrar: Sí No
Úlcera estomacal: Sí No
Visión doble: Sí No

PACIENTES FEMENINOS

¿Está embarazada actualmente? Sí No
¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No
¿Está planeando un embarazo? Sí No
¿Está actualmente amamantando o lactando? Sí No

¿Le han hecho una mamografía? Sí No
¿Si es así, cuándo? _____
¿Ha tenido una cesárea? Sí No
¿Si es así, cuándo? _____

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Incluir, entre otros, la administración y el desempeño de todos los tratamientos; la administración de cualquier anestésico necesario; el uso de medicamentos recetados; la realización de procedimientos que puedan considerarse necesarios o recomendables en el tratamiento de este paciente; la toma y utilización de cultivos y de otras pruebas médicamente aceptadas, todo lo cual a juicio del médico tratante se considera médicamente necesario.

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha: _____