

REGISTRO DE PACIENTE

Referido por	Fecha	
¿Cómo escucho de nosotros?		
Paciente		
Nombre completo		
Edad	Masculino	Femenino
Dirección		
Teléfono de casa	Teléfono móvil	
Correo electrónico		
Profesión		
Estado civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Acompañado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a		
Nombre del cónyuge		
En caso de emergencia		
Nombre	Parentesco	Teléfono

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos. El pago de los servicios se vence en el momento en que se prestan los servicios, a menos que nuestro personal haya aprobado previamente los acuerdos de pago.

Firma

Fecha

FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

Nombre		Fecha	
Dirección			
Edad	Peso	Talla	Teléfono
Cirugía programada			
Historia pasada o actual (marque mas de una si es necesario)			
<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Convulsiones	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Queloides	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Síndrome de ojo seco	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sangrado anormal / excesivo	
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> VIH		
Otra enfermedad mayor			
Medicamentos			
Nombre	Indicación para tomarlo	Frecuencia / Dosis	
¿Toma usted alguna píldora dietética, suplementos herbales o suplementos alimenticios? Si lo hace, ¿Cuáles? _____ _____			
¿Alergias o reacciones a medicamentos? _____ _____			
Cirugías previas _____			
¿Ha tenido usted o algún miembro de su familia complicaciones con algún tipo de anestesia? Si lo ha tenido, por favor explique _____ _____			
¿Ha tomado esteroides durante el ultimo año? _____			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Toma usted aspirina de forma regular?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Esta o podría estar embarazada?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Padece usted de moretones o sangrado excesivo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene algún diente que pueda estar flojo, frágil o ser falso?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Usa cualquier producto de tabaco?		

Firma _____

Fecha _____

ACUERDO DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

Su decisión de programar su cirugía con nuestra clínica es muy importante para nosotros. Cuando usted escoge una fecha de cirugía, se realiza un bloqueo en la agenda del Dr. Marcel Paz así como también el tiempo que ocupa el staff de la clínica en coordinar con el anestesiólogo y con el personal de sala de operaciones.

DEPÓSITO

Cuando usted este listo para programar su cirugía, debe realizar un deposito de \$500 con el fin de reservar su fecha de cirugía. El deposito es no reembolsable, pero puede ser aplicado para una nueva fecha de cirugía hasta un año después de la fecha original de la cirugía que esta usted reprogramando.

CANCELACIÓN DE LA CIRUGÍA

La cancelación de la cirugía resulta en la perdida del depósito de \$500.

REPROGRAMACIÓN DE SU CIRUGÍA

Primera reprogramación: entendemos que hay circunstancias imprevistas que surgen y pueden causar la necesidad de reprogramar su cirugía, por lo tanto no habrá recargo en su primera reprogramación.

Segunda reprogramación: un cargo de \$200 será aplicado para reprogramar en una segunda ocasión. Este es un cargo por servicio y no será aplicado al valor total de la cirugía y tampoco será reembolsado.

FECHA DE PAGO

El pago completo de la cirugía debe realizarse 1 semana antes de la cirugía. Si el pago no se realiza una semana antes, la fecha de su cirugía será liberada.

Al firmar este acuerdo, reconozco que he leído y comprendido las declaraciones en este documento.

Paciente

Fecha

Firma

**DOCTOR MARCEL PAZ
CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA**

Autorización para grabación de audio,
fotografías e imágenes,
con propósitos no terapéuticos
incluyendo social media

Nombre: _____

Dirección: _____

DUI: _____

Por este medio autorizo al Dr. Marcel Paz para realizar grabaciones de audio o tomar fotografías, videos e imágenes digitales de mi persona. Comprendo que pueden ser utilizadas y presentadas al publico para los siguientes propósitos: (1) Lecturas y ponencias educativas y presentaciones para profesionales de la salud; (2) Publicaciones científicas como revistas medicas y libros; (3) Material educativo para pacientes; (4) Emisión, impresiones, internet, social media con propósitos educativos o de interés publico.

Entiendo que después de la publicación de mis imágenes al publico general, pueden quedar sujetas a terceras personas. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo rehusarme a firmar. El Dr. Marcel Paz y su equipo no condicionaran mis servicios médicos en base a esta autorización.

A menos que sea revocada, esta autorización expirará en 50 años desde la fecha de firmada. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. El Dr. Marcel Paz liberara la autorización si usted envía una solicitud de revocación escrita que se refiera específicamente a este documento de autorización.

Por este medio libero al Dr. Marcel Paz de cualquier responsabilidad relacionada con la captura, uso o liberación de mis imágenes.

Al firmar esta autorización, confirmo que he leído y comprendido las declaraciones anteriores.

Paciente

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____