

## Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Por favor marque aquí sino le gustaría que lo contactásemos por email

**Motivo de la visita:** \_\_\_\_\_

**Por favor coméntenos como se entero de nuestros servicios**

Internet: (por favor especifique)

[www.velasquezcirugiaplastica.com](http://www.velasquezcirugiaplastica.com)

[www.google.com](http://www.google.com)

otra página web: \_\_\_\_\_

Revista

Radio / TV

Otro

Familiar / Amigo: \_\_\_\_\_

Referencia de algún Médico: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón principal por la que nos visita hoy?

---

---

¿Cuál servicio adicional le gustaría conocer mejor? Por favor marque aquí:

- |                                                |                                                       |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Lifting Facial           | <input type="radio"/> Transferencia de Grasa          |
| <input type="radio"/> Blefaroplastia           | <input type="radio"/> Rinoplastia Estructurada        |
| <input type="radio"/> Rinoplastia Secundaria   | <input type="radio"/> Otoplastia                      |
| <input type="radio"/> Bichectomia              | <input type="radio"/> Botox                           |
| <input type="radio"/> Fillers                  | <input type="radio"/> Implantes Mamarios              |
| <input type="radio"/> Mastopexia               | <input type="radio"/> Mamoplastia Reductora           |
| <input type="radio"/> Ginecomastia             | <input type="radio"/> Reconstrucción Mamaria          |
| <input type="radio"/> Lipofilling              | <input type="radio"/> Lifting de Brazos               |
| <input type="radio"/> Lipoescultura HD (Vaser) | <input type="radio"/> Lipo-Abdominoplastia HD (Vaser) |
| <input type="radio"/> Abdominoplastia          | <input type="radio"/> Contorno Corporal               |
| <input type="radio"/> Gluteoplastia            | <input type="radio"/> Lifting Glúteo                  |
| <input type="radio"/> Implante de Pantorrillas | <input type="radio"/> Mommy Makeover                  |
| <input type="radio"/> Revisión de Cicatriz     | <input type="radio"/> Cirugías Intimas                |

¿Te has sometido algún tratamiento previo? (Botox, Relleno, Laser, etc)

- SI  NO

Si la respuesta es SI, ¿hace cuanto tiempo y estas feliz con los resultados?

---

---

¿Te has sometido a alguna Cirugía Plástica?

- SI  NO

Si la respuesta es SI, ¿cuál procedimiento y hace cuanto tiempo?

---

---

Si estas considerando algún procedimiento quirúrgico, ¿en cuanto tiempo te gustaría realizarte tu cirugía?

- N/A       2 semanas       4 – 6 semanas       6 meses       1 año

¿Existe algún evento u ocasión especial por el cual estas interesado/a en realizarte este procedimiento?

- SI                                       NO

Escriba todos los medicamentos que está tomando actualmente.

\_\_\_\_\_  NINGUNO

Describe si tiene o ha tenido Alergias o efectos secundarios causados por algún medicamento.

\_\_\_\_\_  NINGUNO

Describe si tiene o ha tenido alguna otra alergia como con alguna comida, huevos, yodo, látex, pescado, mariscos, etc.?

\_\_\_\_\_

¿Algún miembro de su familia ha tenido problemas de sangramiento o con la Anestesia?

- SI                                       NO

## Historia Medica Personal

- |                                            |                                                           |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Depresión / Ansiedad | <input type="radio"/> Enf. Autoinmunes                    |
| <input type="radio"/> Asma / Enf. Pulmonar | <input type="radio"/> Hipotiroidismo / Hipertiroidismo    |
| <input type="radio"/> Enf. Cardíacas       | <input type="radio"/> Hipertensión                        |
| <input type="radio"/> Sangramiento         | <input type="radio"/> Enf. Renales                        |
| <input type="radio"/> Cáncer               | <input type="radio"/> Hepatitis                           |
| <input type="radio"/> Pérdida de Peso      | <input type="radio"/> Enf. de Transmisión Sexual          |
| <input type="radio"/> Diabetes             | <input type="radio"/> Ronquidos / Problemas para dormir   |
| <input type="radio"/> Artritis             | <input type="radio"/> Sangramientos Nasales               |
| <input type="radio"/> Migraña              | <input type="radio"/> Prolapso de Válvula Mitral          |
| <input type="radio"/> Eczema / Psoriasis   | <input type="radio"/> Enf. Gastrointestinales / Gastritis |
| <input type="radio"/> Sinusitis            | <input type="radio"/> Otro:                               |

## Historia Medica Familiar

Diabetes

Cáncer

Sangramientos

Enf. Autoinmunes

Hipertensión

Otro: \_\_\_\_\_

## Historia Social

Cigarro (#/día/# de /años) \_\_\_\_\_

Si lo ha dejado, ¿cuando fue la fecha? \_\_\_\_\_

Fumante pasivo (otra persona que fume en su casa)? Si / No

Alcohol (Tipo de bebida /frecuencia) \_\_\_\_\_

¿Alguna droga recreacional? Si / No

Café / Té (# tazas/ día) \_\_\_\_\_

## ADMISIONES HOSPITALARIAS/ CIRUGÍAS (indique el año y el motivo)

NINGUNA

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

## Embarazo

¿Estás embarazada, O tratando de quedar embarazada? Si / No

Nombre: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA LIBERACIÓN Y USO DE LAS FOTOGRAFÍAS DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

Yo estoy consciente de la realización de fotografías para mi historia médica por parte del Dr. Carlos Velásquez, Dr. Diego Velásquez o algunos de los miembros de su equipo. Yo autorizo al Dr. Velásquez para utilizar dichas fotografías en su clínica para la educación del paciente. Yo entiendo que estas imágenes no irán a contener ninguna información de identificación personal y que no seré identificado(a) por mi nombre durante el uso de cualquiera de estas fotografías. De igual manera autorizo al Dr. Velásquez a que utilice estas fotografías para los propósitos listados abajo y marcados por mí.

- Para uso en publicaciones científicas de la Literatura Médica
- Para uso no científico en no Literatura Médica
- Para uso en la página Web de Velásquez Cirugía Plástica
- Para uso promocional del Dr. Velásquez y su práctica Médica

Condiciones Adicionales:

Yo entiendo que puedo negarme a revelar alguna información sobre mi caso y estoy consciente que este no consentimiento para revelar dicha información irá a proteger mis fotografías e historia médica, pero no irá afectar en lo absoluto los cuidados y servicios médicos que estoy actualmente recibiendo o iré a recibir por parte del Dr. Velásquez y su equipo.

Yo renuncio a algún derecho de compensación por el uso de mis fotografías, y mantengo mi acuerdo con el Dr. Velásquez y su equipo, con las actividades autorizadas y anteriormente relatadas en este texto.

Firma: \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

### **PADRES Y/O RESPONSABLES DE PACIENTES MENORES DE EDAD DEBEN TAMBIÉN COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

Yo he leído la autorización sobre la liberación de fotografías relatados en este documento. Soy uno de los padres y/o responsables de \_\_\_\_\_ menor de edad. Estoy autorizado a firmar este documento y otorgo mi autorización como una contribución voluntaria para su publicación con interés educativo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_